Trente-sixième année. N° 1 Dimanche 4 Janvier 1914

LE CONCOURS MEDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

1913-1914 — NOS SOUHAITS

« Que sera 1913 ? écrivions-nous l'an passé à pareille époque.

Le ciel, à ses débuts, est si gros de nuages « que nous hésitons à pronostiquer, car nous ne « sentons pas, hélas ! le souffle de bon sens qui « devrait les disperser. »

A ce jour, l'année 1913 s'est écoulée. Le souffle de bon sens s'est élevé. Puissant, irrésistible, il a balayé l'horizon qui est devenu clair. L'anarchie ne trouble plus notre syndicalisme. L'Union des Syndicats médicaux régénérée, prudemment dirigée, mais énergiquement conduite, est au cours de cette année devenue plus prospère et plus forte qu'elle ne le fut jamais.

Les scissions, *que nous espérons toujours temporaires*, ont eu au moins l'avantage de donner plus de liberté à son action et plus d'unité à sa direction.

La naïveté impudente des ennemis du Corps médical, loin de nuire à sa cause, a démasqué les projets de ceux qui veulent l'asservir, ce qui nous a obligé à envisager les moyens de lutte contre les dangers de l'avenir. Les prétentions inconcevables des pseudo-mutualistes étalées, il y a quelques mois, dans le programme du congrès de Montpellier, nous ont fourni l'occasion d'arracher un à un à l'Epouvantail de la Mutualité les oripeaux dont MM. Mabilleau, Henry Chéron et quelques autres politiciens sociologues se sont plus à le revêtir.

Mais l'événement capital de 1913, celui qui peut-être fera le plus pour le développement de notre puissance syndicaliste, fut la menace de M. H. Chéron.

A nos demandes pressantes pour obtenir le respect de la loi qui prescrit la révision périodique du Tarif Dubief, l'ancien Ministre du Travail a répondu par une succession de projets médico-sociaux dont l'étrange Commission destinée à fixer le concours des praticiens, sans leur consentement, n'est pas, de la part d'un ministre qui se croit républicain, le moins singulier. Ce bluff de politicien, bien accueilli par les ambitieux de tous les partis qui ont intérêt à nous domestiquer, a déterminé chez les praticiens une révolte générale. Nous devons donc en profiter pour rendre plus énergique et plus méthodique notre défense, d'autant plus

que les circonstances pourraient, à l'heure actuelle, nous seconder.

Les hommes sincères de tous les partis finissent par être lassés des intrigues qui, souvent, sont les seules lois qui nous régissent, intrigues dont nous, médecins indépendants, sommes surtout les victimes. Comme les élections approchent, les habiles cherchent à tirer parti de la situation, et certains ont même proclamé quelques vérités qui ne sauraient nous déplaire. Dans son récent discours de Saint-Etienne, M. Briand, qui, cependant, ne fut pas, lors de son passage au pouvoir, un ministre dont le corps médical ait eu le plus à se louer, a défini le rôle de l'Etat tel que tout homme libre doit le concevoir.

«*Le rôle de l'Etat dans une démocratie*, a-t-il dit, *n'est pas de prendre parti pour des citoyens contre d'autres, d'employer la force qu'il tient de la loi, de la nation et qui doit être au service de tous les citoyens, pour la tourner en tyrannie contre les opinions qui ne lui conviennent pas. L'Etat doit rester neutre entre les citoyens dans la bataille, sa puissance administrative ne doit pas opprimer des consciences, ni des opinions.* »

Praticiens, souvenons-nous de ces paroles, peut-être aurons-nous, au cours de nos luttes contre les assureurs, contre les mutualistes, contre les administrateurs, contre les politiciens, l'occasion de les rappeler à celui qui les a si éloquemment prononcées ou à ceux qui les ont si vigoureusement applaudies.

Rappelons-nous aussi les paroles suivantes du même discours de M. A. Briand ; peut-être avant peu pourrons-nous en faire profit :

« *Toutes ces Associations*, a dit M. Briand en parlant des Syndicats, qui troublent si profondément la quiétude de notre actuelle bureaucratie, *toutes ces associations effervescentes qui naissent autour de tous les intérêts, toutes ces personnes créées par la vie moderne, ce sont tout de même des individus. Il n'y a plus là aujourd'hui seulement la personne individuelle, il y a la personne collective avec laquelle il faut compter. Les individus isolés ne peuvent plus se défendre ; ils se groupent, ils forment une individualité nouvelle qui vit, comme l'homme autrefois, si elle voit sa liberté, son champ d'action, définis par la loi.*

« Paroles d'ancien et de futur ministre, dira-t-on, autant en emporte le vent ! » Peut-être ! Mais quand même, quelle différence entre ces idées précises et les phrases ronflantes et creuses de M. Henry Chéron. Et cependant, ce même M. H. Chéron marche aujourd'hui dans le sillage de l'orateur de Saint-Etienne

Cette incursion dans le domaine de la politique nous donne quelque espoir pour notre avenir.

En 1914, un nouveau Congrès de Praticiens opposera aux projets des gouvernements déchus la conception syndicaliste de la médecine sociale.

Souhaitons, puisque c'est l'époque des souhaits, que cette conception surgisse du prochain Congrès, simple, lumineuse et pratique.

Souhaitons qu'elle sache accorder intimement l'intérêt public qui doit tout primer, avec l'intérêt du médecin qui ne saurait être sacrifié sans injustice ni sans danger.

Fidèle à son passé, fidèle à son but, fidèle à son idéal, le *Concours médical*, en toute indépendance et en toute franchise, va entreprendre, lui aussi, l'étude de ce redoutable problème. Souhaitons qu'il ait l'honneur de participer à sa résolution.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. agrégé CASTAIGNE.

Formes graves de l'angine de Vincent

Je vais vous entretenir aujourd'hui de trois cas d'angine de Vincent qui ont comporté des accidents graves, et dont deux se sont terminés par la mort. Si j'ai choisi ces cas pour sujet de leçon, c'est que, d'une façon générale, l'angine de Vincent est considérée comme une affection bénigne. Les revues cliniques ne font guère mention de formes graves de la maladie, et le médecin considère volontiers celle-ci comme aboutissant régulièrement à la guérison. Il est donc intéressant, et utile en pratique, de savoir qu'il n'en va pas toujours ainsi.

Pourquoi, alors que le plus grand nombre d'angines de Vincent marchent vers la guérison, d'autres se compliquent-elles de troubles graves, voire mortels ? C'est ce que nous aurons à rechercher. Nous verrons la cause de cette gravité et nous nous demanderons s'il n'existe pas un moyen thérapeutique permettant, au début, d'éviter ces complications si sérieuses.

Mais avant d'arriver à l'exposé de mes observations, je dois rappeler rapidement ce qu'est l'angine de Vincent. Sa description — d'où son nom — est due au professeur Vincent, du Val-de-Grâce, qui a établi ses caractères essentiels, cliniques et bactériologiques. Elle avait été vue antérieurement par Bergeron et d'autres auteurs, mais ils n'en avaient pas donné d'étude d'ensemble ni défini la nature. On ne la connaît réellement, en définitive, que depuis le travail de Vincent, paru en 1897.

Elle se présente avec des symptômes surtout physiques. Ses symptômes fonctionnels et généraux sont légers ; ils se réduisent à un peu de gêne et de douleur à la déglutition (et encore, est-ce inconstant), à une fièvre modérée allant à 38o ou 39o, pendant un ou deux jours, fièvre qui peut manquer. Il n'y a pas ou presque pas de réaction générale.

Tout se borne, en somme, à des phénomènes locaux. Ceux-ci sont caractérisés par une ulcération siégeant sur l'amygdale, quelques ulcérations buccales, et une réaction ganglionnaire. L'ulcération de l'amygdale est le signe le plus net. Lorsque le malade ouvre la bouche, vous apercevez, sur une seule amygdale, habituellement, une ulcération assez superficielle au début, qui devient plus profonde dans la suite. L'ulcération est recouverte d'un enduit grisâtre. Au bout de quelques jours, la perte de substance est plus accusée, et ses bords se montrent surélevés, taillés à pic. Si vous palpez cette amygdale, vous sentez à la base de l'ulcère une induration rappelant celle du chancre induré. Vous verrez tout à l'heure que le diagnostic se pose, en effet souvent, avec le chancre syphilitique amygdalien.

Lorsque vous examinez le reste du pharynx, généralement, dans les formes ordinaires, bénignes, vous ne rencontrez pas d'autres lésions. Quelquefois cependant, on trouve sur l'autre amygdale un point d'inoculation. En outre, les lésions gagnent parfois, de proche en proche, les piliers et les parties voisines, mais cela s'observe principalement dans les formes graves locales. Les manifestations buccales peuvent consister en lésions analogues de la muqueuse buccale, en ulcérations sur les gencives, associées à l'ulcère de l'amygdale. Ce n'est pas la règle. La règle est la gingivite plus ou moins accentuée. Il faut dans certains cas la rechercher, et l'on peut voir alors, en séparant la gencive de la dent, sourdre un liquide sanieux dans l'intervalle. Les altérations buccales sont presque constantes, dans l'angine de Vincent ; l'haleine y est plus ou moins fétide.

Le troisième symptôme local, l'adénopathie, ne manque jamais. Toutefois, il n'est pas considérable. Les ganglions de l'angle de la mâchoire sont durs, roulent sous le doigt, sans périadénite.

Cet ensemble de symptômes physiques suffit déjà à faire porter le diagnostic d'angine de Vincent. Si vous voulez confirmer le diagnostic par l'épreuve bactériologique, vous prélèverez au niveau de l'amygdale intéressée un peu de l'enduit sanieux que vous étendrez entre lame et lamelle, et que vous colorerez. Vous y constaterez la présence de deux éléments, caractéristiques par leur réunion, les spirilles et les bacilles fusiformes.

Le diagnostic de l'angine de Vincent est facile, dans ses formes ordinaires. Dans ses premiers travaux, M. Vincent avait insisté sur la confusion possible avec la diphtérie. En réalité, l'ensemble des observations qui ont suivi a montré que les difficultés de diagnostic avec la diphtérie ne sont pas très grandes. L'exsudat de l'angine de Vincent peut ressembler à l'exsudat des angines diphtériques graves, mais ces dernières comportent d'autres symptômes. L'examen bactériologique lève tous les doutes, car le bacille fusiforme et les spirilles ne s'associent pas avec le bacille diphtérique. Quand vous trouvez les premiers, vous ne trouvez pas le bacille de la diphtérie, en général, ce qui écarte tout embarras.

Le diagnostic peut être, en revanche, très difficile avec la syphilis ; difficile d'abord parce que l'angine de Vincent ressemble aux syphilides de la gorge et en particulier au chancre de l'amygdale. Bien des fois, l'angine de Vincent a été prise au début pour un chancre. Dans le chancre de l'amygdale, l'adénopathie est considérable ; dans l'angine de Vincent, elle est beaucoup moins développée. Ceci est vrai pour la généralité des cas. Malheureusement, il est des cas d'angine de Vincent où les ganglions sont volumineux, et tout aussi volumineux que ceux du chancre amygdalien. Le diagnostic est alors très embarrassant, d'autant que les données différentielles de la bactériologie font défaut. Elles manquent parce que, dans le chancre, on peut trouver des spirochètes ressemblant fortement aux spirilles de Vincent ; ensuite, parce que, contrairement au bacille diphtérique, le tréponème de la syphilis s'associe très bien avec la symbiose fuso-spirillaire. On rencontre souvent les deux sur les lésions syphilitiques. Par conséquent, le fait de constater une symbiose fuso-spirillaire ne tranche pas la question, en pareille circonstance. Lorsque vous serez hésitants, vous aurez recours aux méthodes biologiques, au Wassermann en particulier, tout en sachant que dans le chancre, le Wassermann n'est pas toujours positif, et qu'il doit être recherché plusieurs fois, à quelques temps d'intervalle. D'ailleurs, l'évolution de l'angine de Vincent aidera le diagnostic. Ordinairement, cette évolution se fait vers la guérison, et elle peut être aidée par des applications locales de salvarsan. Lorsque vous hésitez entre un chancre et une

angine de Vincent, si vous voyez l'ulcération de l'amygdale disparaître rapidement sous l'influence locale du salvarsan, ne croyez pas qu'il s'agit d'un chancre : c'est l'angine de Vincent qui guérit, tandis que le chancre continuerait sa marche.

J'arrive aux formes graves de l'angine de Vincent. Depuis quelque temps, j'ai eu l'occasion d'en observer trois cas, que je vais résumer. La première observation — la moins grave — concerne un homme de 32 ans, qui vint à la consultation pour un mal de gorge. Nous avons constaté, en l'examinant, une ulcération recouverte de masse sanieuse grisâtre siégeant sur l'amygdale droite, et des lésions gingivales. L'amygdale était indurée et comme, d'autre part, on percevait une adénopathie dure, considérable, la première idée venant à l'esprit était celle de chancre de l'amygdale. Ce diagnostic nous ralliait tous. Nous fîmes rechercher le Wassermann : il était négatif et il continua à l'être ultérieurement. Par conséquent, le diagnostic de chancre amygdalien, le premier porté et maintenu quelque temps, fut complètement éliminé. J'ajoute que l'examen bactériologique décela l'association fuso-spirillaire. Le malade voulut continuer son travail, se traitant par les applications de bleu de méthylène. Il revint quinze jours plus tard ayant encore une ulcération, une augmentation de l'adénopathie, et de la fluctuation des ganglions. Une incision fut pratiquée, et il sortit du pus en quantité notable, pus où l'on ne trouva ni spirille, ni bacilles fusiformes, mais du streptocoque. L'évolution de cette lésion ganglionnaire a été longue, a duré un mois et s'est accompagnée d'accidents arthralgiques. Il y a eu là une complication locale de l'angine de Vincent. Réserve faite de la poussée rhumatismale, les phénomènes généraux ont été peu importants.

Dans les deux autres cas, les complications générales ont été beaucoup plus considérables. L'un de ces cas remonte à huit ans et demi et m'avait semblé une anomalie jusqu'à ce que, la semaine dernière, j'aie observé l'autre. Il s'agissait d'une femme atteinte d'une angine de Vincent non douteuse. En raison du diagnostic, on se crut en droit de porter un pronostic bénin. De fait, pendant la première partie de l'évolution, il ne se produisit aucun phénomène grave. Au 6e jour, la fièvre apparut et, après de grands frissons, s'éleva à 40°. Elle se maintint à 40°, 41°, et trois jours après, malgré les traitements institués, la malade succomba. On pratiqua une hémoculture qui décela du streptocoque, comme dans le pus de l'adénopathie dont je vous parlais tout à l'heure. Là encore, une infection streptococcique est survenue au cours d'une angine de Vincent. J'ajoute que le traitement classique par la teinture d'iode, l'eau oxygénée, avait été fait.

J'ai recueilli la troisième observation la semaine dernière. Je fus appelé d'urgence par un confrère auprès d'une malade chez laquelle le diagnostic d'angine de Vincent avait été porté et confirmé, d'ailleurs, par un examen bactériologique qui montra dans la masse recouvrant l'ulcération amygdalienne la symbiose fuso-spirillaire typique sans autre microbe. Du fait du diagnostic, notre confrère avait naturellement pensé à une évolution favorable. Mais, très rapidement, survinrent des accidents septicémiques et une adénopathie tellement prononcée qu'elle paraissait expliquer les troubles généraux. M. Cunéo, appelé en consultation, incisa la tuméfaction ganglionnaire d'où il s'écoula une petite quantité de pus et de liquide louche. La malade mourut dans la nuit même.

Voilà donc une série de trois observations personnelles qui montrent que l'angine de Vincent n'a pas toujours l'allure bénigne qui lui est attribuée. Eh bien ! nous avons à nous demander si ces observations sont isolées, à quoi sont dues ces complications et si nous sommes en mesure de les éviter.

Ces accidents sont-ils des raretés cliniques ? J'ai fait des recherches dans les publications parues sur l'angine de Vincent. C'est surtout dans les communications de M. Simonin que j'ai trouvé une indication de ces formes septicémiques de l'angine de Vincent. M. Simonin signale la possibilité de ces accidents généraux, de fièvre, d'arthralgies, de broncho-pneumonies, avec terminaison fatale. Il y a lieu de penser, d'ailleurs, que tous les cas mortels n'ont pas été publiés. Aussi, je crois que sans être fréquente, cette forme septicémique existe et mérite l'attention. Quant à la forme locale, terminée par suppuration, je n'en ai pas retrouvé d'exemple dans la littérature médicale, où l'on signale seulement l'œdème du pharynx, les adénopathies accusées.

Il existe donc deux formes d'angine de Vincent graves, l'une par des phénomènes purement locaux, œdème du pharynx, adénopathie pouvant dans des cas rares, arriver à la suppuration ; l'autre, par des accidents généraux.

A quoi est due cette gravité ? Si je m'en rapporte à l'hémoculture faite chez un de mes malades , à l'examen bactériologique du pus ganglionnaire chez l'autre, il semble que le streptocoque soit en cause. M. Simonin l'a également retrouvé. J'ajoute que des expériences bactériologiques ont été faites par des auteurs qui ont inoculé l'exsudat à des animaux et ont vu, dans certains cas, les animaux succomber à une infection streptococcique.

On peut, en somme, apprécier ainsi la gravité de l'angine de Vincent. Cette angine n'a pas tendance, en elle-même, à déterminer des accidents graves, mais elle peut servir de porte d'entrée aux microbes de la gorge, au streptocoque en

particulier, qui entraîne alors des troubles graves.

Reste un dernier point à envisager. Peut-on, par une thérapeutique convenable, agir sur ces formes graves et les prévenir ? Jusqu'à ces derniers temps, on employait dans le traitement de l'angine de Vincent les badigeonnages de teinture d'iode, les lavages avec de l'eau oxygénée (recommandés par le prof. Vincent dans ses premières publications), et les applications de bleu de méthylène. Ces moyens paraissaient réussir dans certains cas et être peu actifs dans d'autres. Durant ces dernières années, des essais thérapeutiques plus heureux ont été faits dans l'angine de Vincent. Partant de cette idée qu'il s'agit d'une spirillose et que le salvarsan possède une action remarquable sur les spirilloses, on a pratiqué des injections intra-veineuses de faibles doses de 606. Les résultats ont été excellents et l'on vit l'ulcération amygdalienne se cicatriser en 3 ou 4 jours. Toutefois, on sait que l'injection intra-veineuse de 606 est susceptible de provoquer des accidents, et l'on hésite à y recourir dans une affection (l'angine de Vincent), somme toute, considérée comme bénigne. C'est alors que M. Achard eut l'heureuse idée d'employer le salvarsan en applications locales et il vit, sous l'influence de ces applications locales, la guérison se faire très vite. Dans la première observation, qu'il publia avec M. Flandin, l'angine de Vincent s'accompagnait de phénomènes locaux qui menaçaient d'être sérieux ; il y avait de l'œdème, une propagation de l'ulcère vers les piliers. Avec les applications locales de salvarsan, tout disparut en deux à trois jours, alors que l'évolution de l'angine de Vincent avec les autres traitements est beaucoup plus longue.

Tous les auteurs qui, à la suite de M. Achard, ont essayé les applications locales de salvarsan, ont conclu qu'elles étaient le spécifique de l'angine de Vincent. Il semble bien que si l'on a recours immédiatement à ce traitement local, on doit espérer une cicatrisation rapide de l'ulcère et empêcher ainsi les infections secondaires.

Lorsque les complications graves de l'angine de Vincent sont apparues, les applications locales de salvarsan ne sont plus suffisantes. On pourrait être, là, autorisé à pratiquer une injection intra-veineuse. Je crois qu'il ne faudrait pas hésiter à le faire. Je ne dis pas que vous guéririez toujours le malade en pareil cas. Dans notre dernière observation, malgré un double emploi du salvarsan, localement et par injection intra-veineuse, la maladie s'est terminée par la mort. Le traitement par le salvarsan n'est donc pas destiné à guérir les formes graves, mais, par son emploi précoce à un moment où la maladie est bénigne, à empêcher la possibilité des infections secondaires qui font quelquefois les formes graves.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement du rhumatisme chronique par le soufre colloïdal. — Maladie de Basedow. — Ferment de défense d'Abderhalden dans le sérum d'un ictère grave. — Méningites dues à l'agent de la poliomyélite. — Leucémie traitée par le benzol. — Urémie à forme tétanique. — Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — Réaction de Herxheimer à forme lymphangitique. — Héliothérapie artificielle.

— MM. Albert Robin et Maillard font à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement du rhumatisme chronique par le soufre colloïdal.*

Le soufre est un des éléments importants de la nutrition. Malheureusement, pour l'emploi thérapeutique, les diverses préparations de soufre de la pharmacopée ordinaire sont insolubles. L'usage du soufre à l'état colloïdal permet, au contraire, d'administrer le médicament sous une forme divisée, d'activité constante et rigoureusement dosée. Les recherches de M. L.-C. Maillard ont montré que le soufre colloïdal est absorbé par les voies digestives, intégralement et très rapidement. Il constitue, par conséquent, un médicament précieux, lorsqu'il s'agit de remédier à un trouble de la nutrition sulfurée.

Le soufre colloïdal pourra ainsi être utilisé, dans le traitement de certaines dermatoses, dans le traitement de l'hypersécrétion muqueuse (la mucine renfermant une proportion notable de soufre), dans le traitement du rhumatisme chronique. MM. Robin et Maillard rapportent deux observations de rhumatisme déformant où l'affection a été enrayée par l'emploi du soufre colloïdal.

— M. Souques lit à l'*Académie de médecine* une note sur la nature *de la maladie de Basedow.*

Deux théories sont en présence pour expliquer la maladie de Basedow : la théorie nerveuse et la théorie thyroïdienne. M. Souques défend la théorie thyroïdienne, qui s'appuie sur des arguments anatomo-pathologiques (lésions de la glande thyroïde) et sur des arguments cliniques (fréquence de la maladie de Basedow dans les pays à goitre, améliorations obtenues par l'ablation chirurgicale).

— MM. Noël Fiessinger et Broussolle communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *présence d'un ferment de défense d'Abderhalden dans le sérum d'un ictère grave.*

Les recherches d'Abderhalden ont démontré l'existence, dans le sérum des femmes enceintes, d'un ferment spécial de défense contre l'albumine du placenta. La réalité de ce ferment peut être mise en évidence par la technique générale suivante : des tubes à dialyse contenant le sérum et l'albumine coagulée à 100 degrés sont plongés dans de l'eau distillée ; on porte le tout à l'étuve à 37° pendant 16 à 18 heures. On cherche ensuite à caractériser, dans l'eau où immergent les tubes

à dialyse, la présence d'acides aminés à l'aide de l'aninhydrine ; ce réactif donne une belle réaction violette si la réaction est positive, c'est-à-dire, s'il y a eu décomposition de la molécule albumine par un ferment du sérum et spécifique pour l'albumine envisagée (celle du placenta, en pareil cas).

Ce n'est pas seulement chez les femmes enceintes qu'un ferment d'Abderhalden a pu être retrouvé. D'autres ferments du même ordre ont été décelés dans le goitre exophtalmique (contre l'albumine du corps thyroïde), dans le cancer (contre l'albumine du tissu cancéreux). MM. Noël Fiessinger et Broussolle, reprenant à ce point de vue l'étude du sérum des hépatiques et des rénaux, ont constaté une réaction d'Abderhalden chez un sujet atteint d'ictère grave. C'est là une donnée appelée à un réel intérêt pratique, lorsque ses conditions seront mieux précisées.

— M. Netter revient, la *Société médicale des hôpitaux*, sur la question des *méningites dues à l'agent de la poliomyélite*.

Les expériences de Levaditi, Leiner, Flexner, etc., ont montré que le virus de la poliomyélite (paralysie infantile) devient inoffensif après un contact suffisamment prolongé avec le sérum de singes auxquels on a inoculé cette maladie. Partant de là, Netter et Levaditi ont recherché le même pouvoir neutralisant dans le sang des sujets ayant eu antérieurement une poliomyélite. Ils ont vu que le sérum de ces sujets neutralisait effectivement le virus poliomyélitique, si bien qu'il existe là un moyen de diagnostiquer rétrospectivement la maladie et de prouver la nature poliomyélitique de troubles morbides non accompagnés de paralysie.

M. Netter a pu établir, grâce à cette méthode, que le virus de la poliomyélite intervient souvent dans l'étiologie de certaines manifestations méningées pures, qui ont été, ces dernières années, particulièrement fréquentes.

Cliniquement, on pensera à la nature poliomyélitique d'une méningite, lorsque l'état méningé paraît au cours d'une épidémie de paralysie infantile.

— MM. Laignel-Lavastine, et Pruvost rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *leucémie traitée par le benzol*.

Il s'agit d'un malade atteint de leucémie embryonnaire, qui fut soumis tardivement au traitement par le benzol. On lui donna 2, puis 3 grammes de benzol purifié, émulsionné dans l'huile d'œillette, en lavements avec X à XV gouttes de laudanum de Sydenham. La médication fut bien supportée d'abord, mais détermina, les deux derniers jours, des douleurs abdominales, qui firent arrêter le traitement. La courbe leucocytaire, qui s'était élevée progressivement jusqu'à l'usage du benzol, baissa à ce moment avec une tendance à l'émission dans le sang de leucocytes mieux évolués. Toutefois le malade succomba.

— MM. Bergé et Pernet relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation *d'urémie à forme tétanique*.

Les observations (peu nombreuses et déjà anciennes) d'urémie à forme tétanique publiées jusqu'à ce jour ont été mises en doute, car il leur a manqué certains des modes de contrôle actuels, comme la ponction lombaire, le dosage de l'urée dans le sang, etc.

L'observation présentée aujourd'hui par MM. Bergé et Pernet n'est plus justiciable de telles critiques. Elle concerne une femme qui offrit un syndrome (trismus, raideur de la nuque, opisthotonos, contractures, avec conservation de l'intelligence) tout à fait simulateur du tétanos vrai. Le diagnostic de tétanos fut d'ailleurs porté et la sérothérapie employée. La nature urémique des accidents s'est affirmée par l'atténuation des contractures et par le coma avec respiration de Cheyne-Stokes. Elle a été confirmée par la constatation d'une forte albuminurie et la présence de 3 gr. d'urée dans le liquide céphalo-rachidien. L'évolution apyrétique de la maladie, le résultat négatif des injections de bulbe broyé aux cobayes, éloignent l'idée d'un tétanos associé à l'urémie.

— M. Vincent expose a la *Société médicale des hôpitaux* quelques remarques sur la *vaccinothérapie de la fièvre typhoïde*.

L'auteur rappelle que la vaccinothérapie, dans le traitement de la fièvre typhoïde de l'adulte particulièrement, donne des résultats inconstants. Possédant des propriétés préventives puissantes, susceptible encore de protéger la plupart des sujets qui sont déjà en incubation de fièvre typhoïde, le typho-vaccin polyvalent ne se comporte pas de la même manière lorsque le processus infectieux est déclanché et lorsque le sang et les viscères sont envahis par le bacille d'Eberth.

Si la vaccinothérapie est une méthode intéressante, utile à employer conjointement avec la balnéothérapie, si elle est capable quelquefois d'atténuer les phénomènes infectieux, il ne faut pas, chez l'adulte surtout, lui demander plus qu'elle ne peut donner, ni lui attribuer des propriétés curatives constantes et certaines.

— MM. Henri Dufour et Joseph Thiers rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *réaction de Herxheimer à forme lymphangitique*.

Chez le malade de MM. Dufour et Thiers, la réaction de Hersxheimer s'est manifestée dans des conditions toutes différentes de celles observées habituellement. Elle n'est pas apparue, d'abord, au premier traitement par le salvarsan, mais seulement à une reprise de la médication, alors que, déjà, quatre injections intra-veineuses de néo-salvarsan avaient été faites et supportées sans incident. D'autre part, la réaction n'a pas consisté, comme d'ordinaire, en une turgescence simple des éléments spécifiques cutanés ; elle a pris l'allure d'une infection aiguë avec envahissement des voies lymphatiques. On vit apparaître autour de deux papules syphilitiques sié-

geant sur le thorax une auréole et des traînées de lymphangite diffusées vers l'aisselle et le bras.

— M. Henri Dausset communique à la *Société de médecine de Paris* une étude sur *l'héliothérapie artificielle.*

L'héliothérapie artificielle par lampes électriques a suscité les travaux de nombre d'auteurs, en particulier de M. Miramond de la Roquette. M. Dausset estime qu'elle doit, dans la pratique médicale, remplacer le soleil en hiver et pendant les jours sombres.

Il serait également désirable, dit-il, d'utiliser, dans certains cas, plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, les parties lumineuses et chimiques du spectre.

On augmentera, en outre, graduellement, la durée des séances d'héliothérapie artificielle, pour atteindre une à plusieurs heures (temps d'exposition reconnu utile et nécessaire avec le soleil.)

P. L.

DIÉTÉTIQUE

Les bouillons de légumes en diététique infantile.

Des changements notables sont survenus, en ces dernières années, dans les doctrines et les habitudes médicales en matière de diététique infantile, et les idées qui avaient cours il n'y a pas très longtemps au sujet de la thérapeutique des affections digestives du jeune âge se sont sensiblement modifiées, soit par l'emploi de quelques médicaments nouveaux, soit surtout par celui des régimes alimentaires auparavant inusités.

I. — C'est le lait, et nous entendons ici parler à peu près exclusivement du lait de vache, considéré comme l'aliment par excellence, la « panacée universelle » (1), qui a fait, pour ainsi parler, les frais de cette petite révolution. La réputation du lait n'allait certes pas sans s'étayer sur des avantages, réels ou supposés ; considéré comme diminuant notablement les fermentations digestives et la teneur de l'intestin en germes microbiens, laissant peu de résidus, le lait est le type de l'aliment complet, c'est-à-dire réunissant les trois ordres de substances alimentaires : albumine, graisse, hydrates de carbone, sous une forme facilement assimilable. En réalité, on s'est aperçu que si le lait est bien un aliment excellent pour l'enfant bien portant, il n'en est pas toujours de même pour l'enfant malade, qui trop souvent le supporte mal. Sans parler de ces cas difficilement explicables, où l'on voit, par exemple, des nourrissons digérer parfaitement le lait d'une nourrice et ne pouvoir tolérer le lait de vache, chacun connaît l'extrême difficulté que souvent l'on éprouve, chez les enfants atteints de gastro-entérite aiguë, à revenir à l'alimentation lactée, après la cessation de la diète hydrique. De même, au cours des dyspepsies chroniques, s'accompagnant d'augmentation de volume du ventre, de rachitisme et d'anémie, ainsi que durant les épisodes aigus des gastro-entérites chroniques, le lait est également mal supporté et ne fait qu'aggraver les troubles morbides. Ces faits s'expliquent si l'on songe que le lait de vache est riche en matière albuminoïde dont la molécule complexe demande pour se disloquer un travail secrétoire considérable ; on conçoit que dans les cas visés plus haut, les glandes du tube digestif ne puissent donner semblable effort. Enfin le lait est un bon milieu de culture pour les microbes de l'intestin. . . . .

Ce sont les considérations qui précèdent et qui s'appliquent au lait de vache cuit, qui ont conduit les pédiatres à rechercher, pour les cas auxquels nous faisions plus haut allusion, d'autres modes plus rationnels d'alimentation. C'est ainsi qu'ils ont été amenés à préconiser l'emploi, d'une part, du lait cru ou des laits modifiés, dont nous ne nous occuperons pas ici, et, d'autre part, du régime féculent, dont les bouillons de légumes ne sont en somme qu'une modalité.

Heubner proposa le premier l'emploi des féculents sous forme de farine de riz, dans le but de combattre les fermentations intestinales ; ses essais furent concluants. Combe (de Lausanne), confirmant les résultats de Heubner, préconise d'une manière systématique les féculents dans les troubles digestifs chroniques et les considère comme l'aliment de choix pour diminuer les fermentations intestinales. Pour cet auteur, cette action est démontrée par deux ordres de faits : 1° la modification rapide des selles ; 2° la diminution des sulfo-éthers urinaires ; ces derniers, combinaisons de l'acide sulfurique avec diverses substances aromatiques, sont excrétés normalement à un taux de 0 gr. 15 à 0 gr. 25 par jour. Disons toutefois que, sur ce dernier point, les résultats de Combe ont été contestés par Labbé et Vitry.

Quoi qu'il en soit, l'action heureuse des féculents dans les troubles digestifs constitue une notion bien établie maintenant, et c'est sur elle que s'appuie l'usage, aujourd'hui fort répandu en diététique infantile, des bouillons de légumes. Voyons donc comment on prépare ces derniers ; nous examinerons ensuite quelles en sont les indications.

II. — Pour préparer les bouillons de légumes, diverses formules ont été proposées :

Formule de Méry :

Carottes	400 gr.
Pommes de terre	300 gr.
Navets	100 gr
Pois et haricots secs	80 gr
Sel marin	35 gr
Eau	7 litres

Laisser bouillir quatre heures : recueillir le bouillon seul et jeter les légumes. Le bouillon doit être préparé chaque jour et consommé frais,

(1) V. Péhu. — L'alimentation des enfants malades, in : *Actualités médicales.*

car il s'altère assez rapidement. Une formule dérivant de la précédente est celle-ci :

Pommes de terre	65 gr.
Carottes	45 gr.
Navets	15 gr.
Haricots secs / Pois secs	ââ 5 gr.
Eau	1 litre

On fait également bouillir quatre heures ; après filtration, on complète le litre avec de l'eau bouillie et on ajoute 5 grammes de sel. Faire prendre par biberons de 60 grammes.

Formule de Comby. — Elle diffère de la précédente en ce qu'elle comporte à la fois des céréales et des légumineuses

Blé / Orge perlé / Maïs concassé / Haricots blancs secs / Pois secs / Lentilles	ââ 30 gr.

(ou une cuillerée à soupe de chaque).

On fait bouillir trois heures dans 3 litres d'eau ; le bouillon se réduit à 1 litre environ, on filtre ; on ajoute 5 grammes de sel. On fait prendre ce bouillon toutes les 3 heures à raison de 150 à 250 grammes suivant l'âge de l'enfant (à noter que dans ce bouillon le goût de lentilles domine).

Formule de Variot. — Cet auteur emploie le bouillon de riz, dont l'action antidiarrhéique est d'ailleurs bien connue : 50 grammes (soit deux cuillerées à soupe) de riz sont cuits pendant une heure dans un litre d'eau. Le liquide, filtré, forme une bouillie lactescente à laquelle on ajoute 4 grammes de sel marin. Variot donne ce bouillon pendant vingt-quatre à quarante-huit heures suivant les cas. Si au bout de ce temps la gastro-entérite paraît être améliorée, il essaie d'ajouter au bouillon de riz un peu de lait stérilisé par doses progressivement croissantes : un tiers, puis la moitié, puis les deux tiers. Variot donne en même temps matin et soir un lavement avec le même bouillon.

Formule de Péhu. — Cette formule, très simple, et ne nécessitant ni pesées, ni mesures exactes, est à recommander dans la clientèle ouvrière ou rurale. On prescrit, pour un litre de liquide, une poignée de riz, une poignée de lentilles (chacune correspondant à 65 ou 70 grammes environ), une pomme de terre grosse comme un poignet d'adulte, une carotte, un poireau. Faire cuire deux heures et passer ; ajouter 5 grammes de sel.

III. Quelles sont les *indications* des bouillons de légumes ? On doit les prescrire dans les gastro-entérites aiguës, après que l'enfant sera resté vingt-quatre heures à la diète hydrique, en attendant la reprise de l'allaitement. Les bouillons permettent alors de continuer l'action bienfaisante de la diète, tout en possédant un certain pouvoir nutritif. Ils sont généralement bien acceptés des petites malades. Ils modifient heureusement la température et les selles et amènent une augmentation assez rapide du poids. On peut encore employer les bouillons de légumes dans les dyspepsies chroniques, au cours des poussées subaiguës. Enfin on les a conseillés (Terrien) chez les prématurés et les débiles quand le lait n'est pas supporté.

IV. — Il convient d'indiquer, pour terminer, que les bouillons de légumes peuvent, dans certains cas, provoquer l'apparition d'œdèmes généralisés ou partiels, sur lesquels Méry et Hutinel ont particulièrement insisté. Ces œdèmes se montrent d'abord au niveau des membres inférieurs, puis à la face, et enfin peuvent se généraliser. Ils ne s'accompagnent pas d'albuminurie ; on évitera donc de les confondre avec l'œdème des néphrites, non plus qu'avec le sclérème. Ces œdèmes sont ordinairement transitoires et cessent avec l'administration du bouillon. On les a vus cependant amener la mort, lorsqu'ils sont très marqués, ou à développement très rapide.

A quoi sont dus ces œdèmes ? On sait aujourd'hui, depuis les travaux d'Achard et Widal, qu'on doit les rattacher au défaut d'élimination des chlorures. Ils surviennent en effet chez des enfants dont les troubles digestifs sont déjà anciens et qui ont subi de fortes pertes en eau par le fait de la diarrhée. Le chlorure de sodium est dès lors facilement retenu dans leurs tissus et y appelle l'eau.

Quoi qu'il en soit, malgré cet inconvénient, dont il ne faudrait pas exagérer l'importance, les bouillons de légumes rendent de grands services en médecine infantile et leur usage a réalisé un grand progrès.

Dr A. CHABANON.

PHARMACOLOGIE PRATIQUE

A l'usage des médecins praticiens et en particulier des propharmaciens.

(*Suite.*)

IX. Pilules, bols et granules.

Les pilules sont des médicaments ayant la forme sphérique et destinés à être pris à l'intérieur sans séjourner dans la bouche ; les bols sont des masses plus volumineuses ; les pilules très petites sont appelées granules. Leur composition est très variable. La plupart des substances médicamenteuses : poudres végétales ou animales, résines, gommes-résines, extraits, sels minéraux ou organiques, etc., peuvent être administrées sous cette forme.

Les substances ont rarement la consistance requise et ne peuvent être directement roulées en pilules ; tel est pourtant le cas de la térébenthine cuite que l'on se contente de ramollir sous l'eau chaude, et de diviser en pilules de 0 gr. 3. En général, les drogues employées sont ou trop molles ou trop sèches, et il faut leur ajouter un ex-

cipient pour les amener à la consistance voulue ; quand le principe actif est prescrit en très petite quantité, il faut de même le diluer dans une matière inerte.

Aux substances sèches, il faut des excipients mous ou liquides, des sirops (sirops simple ou de gomme), du miel ou des extraits (extraits de chicorée, de chiendent) ou des mucilages. Aux substances molles ou liquides, on adjoint des excipients secs, en général des poudres (poudre de réglisse, de guimauve) ou des mélanges de poudres. Il faut éviter de faire entrer des sels déliquescents dans la composition des pilules ; sinon, on est obligé de les gélatiniser ou de les dragéifier, ou bien encore, comme l'a proposé M. Dannecy, d'employer un excipient résineux, comme le baume du Canada, associé à la cire vierge.

Pour faire une bonne masse pilulaire, on commence par mettre le principe actif, qu'il soit mou ou sec, dans un mortier; on le triture au besoin, puis on y ajoute peu à peu l'excipient approprié, par très petites portions, et l'on pile longtemps pour obtenir une masse homogène et bien liée, ayant la consistance voulue ; on reconnaît que ce résultat est atteint lorsque la masse n'adhère plus au fond du mortier ni aux doigts, et qu'elle conserve la forme qu'on lui donne. On conserve la masse pilulaire dans des pots où l'on en fait des magdaléons qu'on roule dans du lycopode et qu'on enveloppe ensuite dans du parchemin.

Lorsqu'on veut diviser la masse en pilules, on se sert d'un instrument particulier appelé pilulier, composé essentiellement d'une tablette portant sur une partie de son étendue une série de cannelures en cuivre et d'une règle cannelée d'un côté et et plane de l'autre ; on prend une quantité déterminée de substance que l'on roule entre la tablette du pilulier et la partie plane de la règle pour lui donner la forme d'un cylindre régulier que l'on débite en pilules en le comprimant légèrement entre les cannelures de la tablette et celles de la règle; on achève de les rouler, si besoin en est, entre le pouce et l'index.

Pour que les pilules n'adhèrent pas entre elles, on les roule dans une poudre inerte, comme celles de magnésie, de réglisse, de guimauve et surtout de lycopode ; pour masquer l'odeur de la masse, la pharmacopée allemande emploie les poudres d'iris et de canneile. Quelquefois, pour rendre les pilules plus agréables à la vue et surtout pour favoriser l'absorption de masses à saveur désagréable, on procède à l'enrobage qui consiste à recouvrir les pilules d'une couche continue d'une substance inerte: cet enrobage se fait par l'un des procédés suivants :

1° L'argenture et la dorure ; on se sert, à cet effet, d'une boîte sphérique dans laquelle on place des feuilles d'or ou d'argent, puis les pilules ; puis on imprime au tout un mouvement circulaire ; si la surface des pilules est trop sèche, il faut leur ajouter une petite quantité de gomme; il faut éviter d'argenter les pilules renfermant du kermès, des sulfures ou des iodures.

2° Le gélatinisage. On emploie une solution de :

Grénétine	12 gr.
Eau	15 gr.
Sucre	6 gr.
Gomme arabique	6 gr.

On fait fondre la grénétine, le sucre et la gomme dans l'eau chaude et on plonge dans le liquide épais ainsi obtenu les pilules fixées au bout d'une épingle ; en leur imprimant un mouvement de rotation ; on peut aussi, mais cette méthode donne des résultats moins bons que la précédente, arroser les pilules de solution gélatineuse.

3° La dragéification, qui est une opération presque exclusivement industrielle et que le pro-pharmacien n'aura jamais à réaliser.

4° Le laquage et le vernissage. On plonge les pilules dans une solution de tolu à 1/4 et on les fait sécher. On peut employer aussi une solution de sandaraque et de baume de tolu dans la liqueur d'Hoffmann, ou mieux encore, une solution de :

Mastic	5 gr.
Benjoin	5 gr.
Alcool absolu	18 gr
Ether	40 gr

On y plonge les pilules, puis on les sèche à l'air et on recommence 3 fois l'opération. Ces pilules présentent l'inconvénient d'être parfois inactives et de traverser l'organisme sans être attaquées ; aussi leur emploi doit-il être restreint.

L'enrobage physiologique a pour but d'empêcher les pilules d'être attaquées par le suc gastrique et d'agir avant leur arrivée dans l'intestin ; il est indispensable pour les pilules au nitrate d'argent, à l'iodoforme, pour tous les tœnifuges, les pancréatines et le fiel de bœuf. On emploie dans ce but la kératine ou le salol.

1° Kératinisation. Unna a conseillé l'emploi d'une solution de kératine dans 4 parties d'ammoniaque: on y plonge les pilules et on les laisse sécher.

Pour les drogues à réaction acide comme le tanin, l'acide salicylique, on remplace cette solution par une autre de 6 à 7 % de kératine dans l'acide acétique cristallisable.

2° L'enrobage au salol se fait en saupoudrant les pilules avec une solution éthérée de salol à 1/5, ou mieux, en plongeant les pilules dans le salol fondu, ce qui donne un enduit plus continu. Cet enrobage est incompatible avec les pilules au nitrate d'argent.

Le Codex de 1908 renferme 15 masses pilulaires que l'on peut diviser en :

1° Pilules purgatives : d'aloès et de savon, de podophylle belladonée, etc.

2° Pilules calmantes : de cynoglosse opiacée, de Meglin, etc. ; ces dernières renferment de l'oxyde de zinc comme excipient.

3° Pilules balsamiques, de térébenthine, de copahu ; les baumes sont solidifiés avec de la magnésie calcinée.

4° Pilules mercurielles. Les pilules mercurielles savonneuses ou de Sédillot se font avec :

Pommade mercurielle à parties égales	6 gr.
Poudre de savon médicinal	4 gr.
Poudre de réglisse	2 gr.

Pour 60 pilules.

✦✦✦

Les pilules mercurielles simples ou pilules bleues se préparent avec :

Mercure	5 gr.
Miel blanc......................	4 gr.
Sucre blanc pulvérisé...........	2 gr.
Roses rouges pulvérisées........	4 gr.

On triture le mercure avec le miel et le sucre dans un mortier en marbre jusqu'à extinction, on ajoute la poudre de roses et on divise en 100 pilules.

Les pilules d'iodure mercureux ou de Ricord renferment :

Iodure mercureux..........	0 gr. 50
Poudre d'opium.............	0 gr. 20
Poudre de réglisse..........	0 gr. 30
Miel	Q. S.

5° Pilules ferrugineuses. Les pilules d'iodure ferreux se préparent avec :

Iode	4 gr. 10
Limaille de fer............	2 gr.
Eau distillée..............	6 gr.
Miel.......................	5 gr.
Poudre de réglisse..........	ãâ P. E. Q. S.
Poudre de guimauve........	

On place dans un ballon de verre la limaille de fer et l'eau, on ajoute peu à peu l'iode en agitant ; dès que le liquide est devenu verdâtre, on le filtre au-dessus d'une capsule tarée contenant le miel ; on évapore jusqu'à ce que le poids du contenu de la capsule soit réduit à 10 gr.

On laisse refroidir, on ajoute les poudres et on divise en 100 pilules. Ces pilules, très altérables à l'air, doivent être roulées dans de la limaille de fer porphyrisée, puis enrobées d'une légère couche du vernis suivant :

Sandaraque...................	2 gr. 50
Baume de tolu...............	1 gr.
Ether........................	25 gr.

Les pilules de carbonate ferreux se préparent soit suivant la formule de Bland, soit suivant celle de Vallet, plus couramment employée :

Sulfate ferreux................	100 gr.
Carbonate de soude cristallisé....	120 gr.
Miel blanc.....................	30 gr.
Sucre de lait pulvérisé.........	30 gr.
Sucre blanc pulvérisé..........	Q. S.
Eau bouillie...................	Q. S.
Poudre de réglisse.............	Q. S.

On dissout le sulfate ferreux dans 400 gr. d'eau bouillie contenant 20 gr. de sucre et le carbonate de soude dans 1000 gr. d'eau bouillie et sucrée ; on réunit les deux liquides, on lave le précipité plusieurs fois par décantation avec de l'eau bouillie et sucrée et finalement on le jette sur une toile serrée imprégnée de sirop de sucre ; on exprime fortement le carbonate ferreux, puis on le place dans une capsule avec le miel et le sucre de lait, et on concentre au bain-marie en consistance d'extrait. Avec la masse obtenue et de la poudre de réglisse, on peut faire 700 pilules.

Le médecin peut à sa guise modifier la composition des pilules ; leur préparation se fera toujours suivant l'un des procédés indiqués et, à part les quelques masses particulières signalées au Codex, la préparation de ces médicaments sera toujours simple et rapide. Leur conservation étant presque indéfinie, leur emploi est à recommander aux propharmaciens qui peuvent préparer à l'avance une provision des pilules qu'ils ordonnent le plus souvent. Le poids moyen des pilules varie de 1 à 30 centigrammes.

Les bols sont des pilules d'un poids compris entre 1 et 2 gr. ; ils n'existent plus au Codex de 1908, et ne servent plus guère qu'en médecine vétérinaire.

Les granules pèsent 1 mmgr. ou 1/10 mmg. Ces derniers préparés avec les poudres officinales à 1/100 sont toujours colorés en rose ; les substances qu'ils renferment étant très actives, sont additionnés en général de sucre de lait ; l'excipient est le miel ; leur dosage devant être très rigoureux, les propharmaciens n'auront pas en général l'occasion d'en préparer et se les procureront tous faits ; leur conservation est presque indéfinie.

VOLMAR,
Pharmacien, Interne des hôpitaux,
Préparateur à l'Ecole supérieure
de pharmacie de Paris.

VACCINOTHÉRAPIE PRATIQUE

Vaccin antityphoïde curatif (1).

Statistique de 25 cas traités à l'Hôtel-Dieu dans le service du Prof. Chantemesse.

Le *vaccin antityphoïdique préventif* semble avoir, à l'heure actuelle, tous les suffrages. Le sénateur Léon LABBÉ vient de déposer sur le bureau du Sénat un projet de loi « *tendant à rendre obligatoire dans l'armée la vaccination antityphoïdique* »... « *Une instruction ministérielle précisera les conditions de son application* »

Le vaccin antityphoïdique curatif, en échange, est très discuté. A côté des observations nettement favorables, en France et à l'étranger, il y a des insuccès. Je crois pouvoir attribuer ces insuccès à une technique défectueuse de la vaccinothérapie et à la nature de certains vaccins, car sur une statistique de 25 cas, de fièvre typhoïde, dont la plupart ont été traités dans le service du Prof. Chantemesse et quelques-uns dans d'autres services, on ne compte qu'un cas de mort, et encore, ce décès est dû à un collapsus cardiaque, étranger au vaccin. La mortalité globale hospitalière serait par conséquent très basse (4 %).

Le praticien peut et doit donc aujourd'hui essayer cette nouvelle arme thérapeutique qui, bien maniée, donne des résultats encourageants. D'ailleurs l'essai est facile à faire, puisque le vaccin est délivré gratuitement (2).

(1) Résumé d'une communication à la Soc. de Médecine de Paris, le 12 déc. 1913.

(2) Pour leurs recherches sur la vaccination préventive et la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, le vaccin est délivré, soit *pur* (préventif), soit *dilué* (curatif), gratuitement aux médecins par le Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Méd. de Paris.

Prière d'en faire connaître les résultats à ce laboratoire.

Ce qu'il faut faire :

Voici la technique de la vaccinothérapie, arrêtée d'une façon générale, dans le service de l'Hôtel-Dieu, après une période de tâtonnements bien compréhensible sur une voie toute nouvelle. Elle est dominée par une règle générale : « *Plus le typhoïdique est gravement atteint, moins il faut employer de vaccin ; la vaccinothérapie n'exclut nullement la balnéothérapie froide, au contraire ». En effet, le vaccin donne « un coup de fouet » à l'organisme qui « se défend bien » ou « se défend mal ». Dans le 1er cas, la réaction d'actes défensifs est constante et favorable ; dans le 2e cas, la réaction est aléatoire, quelquefois même dangereuse.* Si l'intestin est tout prêt de saigner, ou de se perforer, il pourra y avoir des hémorrhagies intestinales graves, et des péritonites fatales, par perforation. Donc, l'extrême prudence ou l'abstention vaudront mieux, ici, qu'un zèle vaccinophile inexpérimenté.

Les indications absolues du vaccin antityphoïde curatif :

Le résultat est presque toujours palpable chez les malades atteints d'une forme légère et moyenne de fièvre typhoïde, dans les 10 *à* 12 *premiers jours de l'affection,* sans complications graves.

La bonne technique d'injection, dans ces cas justiciables sans réserves, est la suivante :

1er jour : 60 millions de bacilles.
4e jour : 30 millions de bacilles.
8e jour : 30 milions de bacilles.

Si la température ne descend pas en lysis, signe objectif le plus frappant avec une polyurie franche, avec un pouls « ralenti de bonne convalescence », avec une euphorie subjective du malade, on peut rapprocher les injections et augmenter le taux des 2e et 3e, et même des 4e et 5e injections.

On remarque dans les cas typiques, déjà après la 1re injection, une euphorie sensible du malade, et le rapprochement des tracés de l'échelle descendante de la fièvre et du pouls d'une part, et d'autre part le croisement de la ligne très verticale de la polyurie et de la décharge chlorurée. Les cellules lâchent maintenant le sel marin qu'elles avaient accaparé pour la défense contre les toxines typhiques.

Il est bon de faire le séro-diagnostic préalable. Cet examen est facile pour *tout praticien, par le procédé macroscopique et mensuratif des Drs Chantemesse et Rodriguez.* En présence d'une épidémie non douteuse, le *praticien, en ville,* serait autorisé à injecter le vaccin d'emblée. *La vaccinothérapie est franchement mauvaise dans la fièvre tuberculeuse spécifique,* elle n'agit pas sur les complications créées par d'autres microbes que ceux de la fièvre typhoïde.

Les courbes thermométriques que je vous fais passer, accompagnées d'une feuille imprimée, avec le mode d'emploi du vaccin curatif, sont dressées avec les *températures moyennes.* Vous remarquerez sur les premières une certaine anarchie posologique, en désaccord avec la feuille imprimée. C'est la 1re période de tâtonnements. La question, du reste, n'est pas encore complètement tranchée, et le mode d'emploi varie avec chaque cas et avec la réaction obtenue.

Les indications relatives du vaccin curatif :

Chez les typhoïdiques qui entrent à l'hôpital au 12e jour et plus de la maladie, qui « se défendent mal » ou qui ont des complications, le vaccin a une indication relative. Son emploi est dominé par la règle générale déjà mentionnée. Une extrême prudence doit alors régner pour l'administration du vaccin. On injecte 30, 20 et 10 millions de bacilles, et on attend l'action dans les intervalles plus longs, entre chaque injection successive.

Ce qu'il ne faut pas faire :

La malade décédée (*marquée n° 11*) pendant les vacances universitaires, en l'absence du chef titulaire du service, nous fournit l'enseignement suivant : *en raison du retard dans l'injection* (19e *jour*), *et de la gravité de la maladie chez cette femme obèse, il eût fallu commencer par des doses de vaccin plus faible et les renouveler plus souvent. Il eût fallu aussi lutter contre l'hyperthermie par une balnéation prolongée et mieux appliquée. Mort due au collapsus cardiaque par myocardite.* C'était une femme très obèse, 40 ans, concierge de profession, albuminurique et franchement cardiaque. Comme vaccinothérapie, elle avait reçu une 1re injection, de 60 millions, le 19e jour de la maladie et une 2e, de 50 millions, la veille de son décès. Chez elle, la balnéation, qui garde toujours sa valeur bien acquise, malgré le vaccin qui ne fait que permettre le saut de quelques bains, a été appliquée trop tardivement ; en outre, on ne surveillait pas assez la réfrigération post-balnéaire curative. La balnéation d'une femme obèse est, certes, difficile pour des infirmières femmes.

Or, aucun malade typhoïdique hyperthermique ne résiste à la balnéation froide. La réfrigération doit s'obtenir toujours, et la plus favorable est celle qui baisse la température d'un degré. On doit rechercher l'ascension thermique post-balnéaire avec le frisson salutaire, si précieux pour la désintoxication typhique. Si, pour une raison quelconque, vous ne voulez pas laisser 30 minutes et plus votre malade dans la baignoire, vous pouvez briser le spasme des vaso-constricteurs de votre malade, vaso-constriction qui empêche l'hématose de la peau et la réfrigération, vous pouvez le briser, dis-je, par un enveloppement humide avant le bain ; le système nerveux vaso-moteur se détend et vous laisse le champ libre pour votre réfrigération balnéaire.

Il y a des épidémies très bénignes de fièvre typhoïde ; leur génie épidémique complaisant explique quelquefois la vogue éphémère de certaines médications antiseptiques ou antipyrétiques. Sommes-nous, en ce moment, en face d'un génie épidémique complaisant ? J'en doute, car il serait difficile de cumuler autant de coïncidences favorables comme celles de la vaccinothérapie prudente et rationnelle, d'après le prof. Chantemesse.

Dr Kolbé,
(de Châtel-Guyon.)

VARIÉTÉS

Déterminisme du sexe et astrologie,

Par le Dr Jules Regnault (de Toulon).

Dans le *Concours médical* du 14 décembre, un confrère reproduit l'annonce d'un journal, fort tentante pour les pères et mères désireux de savoir quel sera le sexe de l'enfant qu'ils attendent ; il reproduit également les questions posées par l'annoncier en vue d'une consultation dont le prix minimum est fixé à cinq francs :

« Pour répondre à votre demande il vous faut « avoir eu au moins un enfant ;

« Vous n'avez qu'à donner la date de naissance du dernier enfant en ayant bien soin de « mettre l'année, le jour, l'heure et le sexe.... »

Au cours de nos recherches sur la sorcellerie et la magie (1) et sur les causes déterminantes du sexe (2),nous avons recueilli de multiples documents qui nous pemettront d'éclairer nos confrères sur la façon dont procède cet annoncier pour établir sa consultation.

Il a besoin de connaître l'année, le jour et l'heure de la naissance du précédent enfant pour rechercher quel était l'état de la lune au moment de cette naissance. En l'absence d'anciens calendriers, c'est là un calcul facile à établir au moyen des Épactes ; d'ailleurs, celui qui s'occupe d'astrologie a toujours sous la main la *table des Épactes* et la *table des phases* qui simplifient ses opérations.

Il ne lui reste plus qu'à utiliser l'une des formules populaires qui attribuent *tout* le déterminisme du sexe à l'influence de la lune :

Voici la première formule qui est quelquefois employée au fond des campagnes et qu'on retrouve dans certains grimoires :

« Le prochain enfant sera du même sexe que « le précédent s'il n'y a pas eu de changement « de lune (c'est-à-dire une nouvelle lune) dans « les neuf jours qui ont suivi le dernier accouche- « ment. »

(1) Dr Jules Regnault. — La sorcellerie, ses rapports avec les sciences biologiques, Thèse de Bordeaux 1896, in-8°, 360 p., Félix Alcan, édit., Paris 1897.

Les envoûtements d'amour et l'art de se faire aimer, Chacornac, Paris 1906.

Le sang dans la magie et les religions (Plaquette), Chacornac, Paris 1912.

(2) Dr Jules Regnault. — Des causes déterminantes du sexe, *Bulletin de la Société médico-chirurgicale du Var*, 1910. Le sexe, ses causes déterminantes (enquête à établir) *Journal des médecins et des accoucheurs*, mars 1911. — Causas determinantes de sexo (traduct. Delfino) (*La Semana medica*, junio, 1° de 1911 et junio 20 de 1912 ; *El Tiempo*, 5 et 6 de julio 1911 (Buenos-Aires). — Rôle des sécrétions internes dans la détermination du sexe, comptes rendus de l'Académie des sciences, 22 mai 1911. — Peut-on avoir fille ou garçon à volonté ? *Æsculape*, septembre 1911, Rouzaud édit., Paris. — Les causes déterminantes du sexe,*La Clinique*, 26 janvier 1912, communication au *Congrès international de physiologie et de pathologie comparées*, octobre 1912, *La Revue scientifique*, 7 juin 1913.

Voici maintenant la seconde formule assez différente que nous a signalée un confrère belge, M. le Dr Defays :

« Lorsqu'un premier enfant naît pendant la « période de tendre lune (c'est-à-dire entre la « nouvelle et la pleine lune), l'enfant qui suivra « sera du sexe opposé.

« Lorsqu'un premier enfant naît pendant la « dure lune, l'enfant qui suivra sera du même « sexe » (1).

Il y aurait en outre des corrections à faire quand il vient s'intercaler des avortements entre les accouchements à terme, corrections qui ne paraissent pas connues de l'annoncier dont il est question dans le *Concours médical*, puisque ce dernier écrit :

« Si dans tous les cas, entre le dernier né et « celui que vous attendez, il y a eu avortement, « inutile d'écrire, l'on ne pourrait pas donner sa- « tisfaction à votre demande ».

D'ailleurs l'« annoncier » en question n'est pas très au courant de la *Gonomantie*, c'est-à-dire de cette partie de la *Mantique* qui a pour objet la divination du sexe des enfants avant leur naissance ou même avant leur procréation. Sans quoi, il ne manquerait pas d'annoncer qu'il peut non seulement déterminer le sexe du premier enfant conçu, mais encore préciser à l'avance l'année, le jour et l'heure où un enfant de tel ou tel sexe peut être procréé par des parents déterminés. Il se croirait alors obligé d'établir les *thèmes de nativité* des parents et leurs *horoscopes gonomantiques* ; nous avons reproduit, avec les figures astrologiques à l'appui, une semblable consultation dans un article publié par *Æsculape*.

L'astrologie médicale n'est plus à la mode, mais la place qu'on y réservait à la Gonomantie nous montre bien que les anciens attachaient autant d'importance que les modernes à la prévision du sexe des enfants. Nous en trouverions encore la preuve dans les lois de Manou qui fixent les jours favorables à la procréation de chaque sexe (2) et dans les traditions des Chinois et des Annamites qui font absorber à leurs femmes de l'*Iris fœtidissima* dans l'espoir d'obtenir des garçons (3).

Des philosophes, des empereurs et des rois se sont occupés de cette question, qui avait été peut-être trop négligée jusqu'à ces derniers temps par les médecins et les physiologistes.

En 1910, continuant une série de recherches pour élucider ce problème, nous avions écrit, après avoir résumé les théories en apparence contradictoires jusque-là acceptées :

« En dehors ou plutôt au-dessus des conditions énumérées, il faut faire intervenir les phénomènes généraux de nutrition et de développement connus sous le nom de métabolisme ; or,

(1) Dr Regnault. — *La Clinique. Loco cit.*

(2) *Manava Dharma Sastra*, Livre III, § § 45-49. Æsculape, *Loco cit*, p. 214.

(3) Dr J. Regnault. — Médecine et pharmacie chez les Chinois et les Annamites. Challamel, Paris 1902.

ces divers phénomènes sont sous la dépendance des *sécrétions internes* que nous pouvons modifier par l'*opothérapie*, c'est probablement de ce côté que viendra la lumière ».

Nous avions dès lors commencé des enquêtes près de nos confrères sur le sexe des enfants dont les parents présentaient diverses affections et en particulier des troubles des sécrétions internes ; elles ne nous ont pas encore fourni des documents aussi nombreux que nous l'espérions, mais elles ont provoqué la publication d'études contradictoires intéressantes dont l'une a été insérée dans le *Concours* (1).

Notre théorie a été en grande partie confirmée par des observations montrant qu'on a surtout des filles lorsque la mère est atteinte d'insuffisance surrénale (Robinson et Regnault) ou que les parents présentent certains troubles thyroïdiens (Regnault) ; elle a été aussi confirmée en partie par les intéressantes expériences de Robinson sur le rôle de l'adrénaline dans le déterminisme du sexe.

Nous ne reviendrons pas ici sur la loi synthétique que nous avons présentée au Congrès de physiologie et de pathologie comparées et que nous avons développée dans la *Revue scientifique* ; nos conclusions ont d'ailleurs été publiées à l'époque par le *Concours médical*. Nous appellerons seulement l'attention de nos confrères sur l'intérêt que présente l'étude de tels problèmes non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique ; pour duper le public, les charlatans utilisent toujours ce qui reste mystérieux ; le meilleur moyen de les désarmer est de faire la lumière et, en attendant une solution scientifique complète, de dévoiler les prétendus secrets qu'ils exploitent ; c'est ce que nous nous sommes efforcé de faire ici.

Dr Jules REGNAULT.

Petite correspondance de Médecine pratique

Un moyen simple d'obtenir la contraction intestinale.

Dans le *Concours médical*, un aimable confrère nous enseignait jadis comment la percussion lente peut faire vider une vessie rebelle. Le moyen était bon puisque maints confrères l'employèrent avec succès.

J'aurais bien voulu en faire autant pour l'intestin. En vain je multipliais les tentatives infructueuses, lorsque le hasard, ce dieu des savants, des policiers et des modestes praticiens, me donna la solution désirée de façon si cocasse et si savoureuse que je ne puis résister au désir de vous conter cette scène inoubliable :

Un de mes malades, qui, depuis longtemps constipé, avait absorbé toute la pharmacopée purgative de la dernière page des journaux, ne pouvait déféquer. Couché sur le côté droit, les jambes légèrement repliées, il exhalait son désespoir amer en une interminable litanie de N. de D. de bon Dieu de N. de D...... La main gauche martelait fortement chaque juron d'une claque sur la région fessière.

Sublime résultat de l'invocation ! Il n'y avait pas cinq minutes qu'il priait ainsi lorsque des contractions puissantes de son intestin expulsaient une abondante selle. Elle fut unique, hélas ! sept à huit jours après, la scène recommençait.

Un fait m'avait frappé ; la percussion de la région fessière gauche avait été suivie d'une contraction de l'intestin. Fallait-il voir dans cette observation une simple coïncidence ? L'expérience méritait d'être tentée à nouveau.

Les litanies en moins, je fis recommencer à mon sujet les claques sur la fesse gauche. L'effet ne se fit pas attendre ; en quelques minutes, nous avions une selle. Désireux d'éclaircir ce mystère, j'appelais à mon aide et Testut et Tillaux. L'examen de quelques figures anatomiques me donnait l'explication scientifique de ce phénomène. J'avais quelque peu oublié les connexions et anastomoses du sciatique, de ses branches du plexus sacré et du sympathique à gauche.

La percussion sur le trou sciatique détermine par ébranlement ou propagation au plexus sacré et au sympathique la contraction intestinale.

Ce fait acquis, il fallait perfectionner la technique.

Je percutai donc en arrière du trochanter avec les doigts, avec un instrument, avec la paume de la main, lentement puis vite.

J'ai obtenu le maximum de résultat dans le minimum de temps en employant la main fléchie percutant par mouvements oscillatoires, frappant une fois du carpe, une fois des doigts, à la vitesse de 100 mouvements oscillatoires, par minute, soit 200 coups donnant le rythme un coup faible, extrémité des doigts, un coup plus fort, du carpe. On obtient ainsi une bonne contraction en deux minutes, quelquefois moins. Cela dépend du sujet. Le malade peut très facilement opérer lui-même.

Mais il importe : 1° qu'il soit couché ;
2° Qu'il ait les jambes légèrement fléchies ;
3° Qu'il frappe la région gauche.

On n'obtient aucun résultat à droite.

La percussion du sciatique et de ses branches en arrière du trochanter ne remplacera pas purges et clystères, mais elle pourra dans certains cas de parésie intestinale vous rendre service.

Dr COYON.

Confiture de régime.

Voici une confiture délicieuse bien supportée par les estomacs délicats : couper une courge en petites tranches minces ; ajouter son poids de sucre, quelques citrons coupés et laisser macérer un jour, faire cuire plusieurs heures à feu doux. Au moment de retirer du feu, verser dans la confiture quelques centilitres de rhum.

(1) Dr Frank DUPRAT. — La détermination du sexe : Garçon ou fille à volonté. *Le Concours médical*, 11 août 1912.

Cette petite quantité d'alcool permet une conservation plus longue.

Le goût de courge a complètement disparu. On peut aussi pour varier ajouter un peu de vin, ce qui rend la confiture plus acide.

Cette années, si les fruits sont rares, les courges abondent. Nos confrères seront certainement heureux d'avoir quelques pots en réserve pour l'hiver.

Dr Goyon.

Empyème évacué par la voie lombaire.

Le rapport de M. Morestin à la Société de chirurgie (*Conc.* page 241) sur l'observation de M. Piquet (empyème fistuleux guéri par drainage trans-diaphragmatique) me rappelle le fait suivant que j'ai constaté cette année même :

Au mois d'avril dernier, je fus appelé près d'un enfant chez qui je diagnostiquai une pleurésie purulente droite. Une ponction exploratrice suivie d'une ponction évacuatrice confirma pleinement mon diagnostic. Quelque temps après, le pus s'était reproduit : je décidai de pratiquer l'empyème. Or, le jour où j'arrivais pour pratiquer cette opération, je constatai une voussure et tous les signes d'une collection purulente à la région lombaire. Un moment hésitant, je pris le parti d'ouvrir et de drainer cette collection lombaire : le pus coula pendant quelque temps, la collection pleurale diminua progressivement, et l'enfant guérit complètement sans que j'eusse touché de nouveau à la plèvre.

Dr Boucher,
Quintin (C.-du-N.).

Le diagnostic de la mort réelle.

A propos de l'article paru dans votre dernier numéro sur le diagnostic de la mort réelle, permettez-moi de vous signaler une manœuvre très simple, que je n'ai vu décrite nulle part : en appuyant fortement sur la poitrine d'un cadavre, de manière à exprimer l'air contenu dans les poumons, on constate que l'air ainsi exhalé à une odeur cadavérique longtemps avant que la putréfaction puisse se percevoir autrement.

Je voudrais savoir si le glouglou qui se produit presque toujours au cours de cette manœuvre ne pourrait pas être considéré aussi comme un signe de mort réelle, puisqu'il indique l'oblitération des voies respiratoires par des liquides épanchés.

Je vous serais obligé de publier cette question dans le *Concours* pour avoir l'avis des confrères.

Dr Carbonell.
(Meudon).

Le caoutchouc en médecine et chirurgie. Le caoutchouc peut-il être nocif ?

Les applications du caoutchouc en médecine et en chirurgie sont innomblables et constituent une industrie considérable qui n'a pu être dépassée que dans les applications du caoutchouc à la locomotion — surtout automobile.

Le caoutchouc est connu dans l'Amérique du Sud depuis des temps immémoriaux. Cette gomme élastique servait aux peuplades de ces régions à fabriquer des bouteilles en forme de poire avec une canule en bois comme goulot qui ressemblait fort, paraît-il, aux poires à lavement employées de nos jours dans la médecine infantile surtout.

Ce n'est qu'en 1736 que le caoutchouc fut introduit en Europe par La Condamine, et ce n'est que beaucoup plus tard que sa première utilisation consista dans la fabrication de sondes urétrales. Ses qualités de souplesse et de solidité permirent de faire facilement pénétrer ces sondes dans la vessie, sans inconvénients.

Depuis le commencement du dix-neuvième siècle, outre la fabrication des sondes, on confectionna des pessaires, des canules à injections, des poires à lavement, des poires à insufflation, des drains, des alèzes, des sacs à air, sacs à oxygène, draps, tubes pour lavage de l'estomac, gants pour opération, condoms, matelas d'eau, etc.

Sous l'influence du temps et de l'atmosphère, le produit naturel devient promptement dur et cassant. Ce n'est que depuis 1840, après la découverte de la *vulcanisation* du caoutchouc par l'américain Ch. Goodyear, que les applications du caoutchouc devinrent plus importantes, plus sûres et plus durables par les qualités nouvelles données à ce produit.

On sait que la vulcanisation donne au caoutchouc la durée et l'élasticité.

Mais cette matière de premier ordre devait être discutée ; on lui trouva des inconvénients, on fit son procès, surtout ceux qui cherchaient à lui substituer un produit nouveau ou similaire.

Le caoutchouc rouge dur, employé en odontologie, a été accusé notamment de provoquer des empoisonnements par le mercure et par l'arsenic. Les accusations tombèrent devant les résultats d'examens et d'enquêtes bien conduites. Un article d'un spécialiste, Et. Dunogier, dans le *Concours médical*, du 20 mai 1905, fournit des documents intéressants à ce sujet.

Examinons comment se fabrique le caoutchouc mou et voyons si, lui aussi, comme son frère le caoutchouc durci, peut être considéré comme innocent de tout méfait, et s'il n'y aurait pas encore quelques recherches à faire de ce côté. Outre le caoutchouc dur rouge ou noir, il y a le caoutchouc élastique et souple — blanc, noir et rouge.

Ces trois derniers sont vulcanisés à l'aide du soufre pur. La substance renferme 6 % de soufre, sur lesquels 2.5 % restent combinés. Le reste, 3,5 %, sort à la longue, surtout au repos et forme des efflorescences qui proviennent de l'intérieur de la substance et sont constituées par du soufre en dépôt grisâtre. Est-ce par excès ou mouvement moléculaire ? Toujours est-il que ce soufre extériorisé se dissout facilement dans une solution de potasse faible. De telle sorte que ces efflorescences ne se produisent plus dans les

caoutchoucs désulfurés dans les solutions alcalines, — et ne se produisent pas lorsqu'ils sont immédiatement et bien désulfurés dans ces solutions dès leur fabrication.

Le caoutchouc blanc des conduites de gaz, etc., est obtenu à l'aide de l'oxyde de zinc en quantité plus ou moins grande incorporé à la substance.

Ces caoutchoucs blancs sont très efflorescents parce qu'ils ne sont point désulfurés et, comme en outre, ils ne sont point formés de substance pure, ils coûtent moins cher.

Le caoutchouc rouge est formé et vulcanisé à l'aide du sulfure d'antimoine, dans des bassines bouillantes. La substance est cylindrée, découpée en plaques qui servent ensuite à la fabrication de sondes et autres objets.

Le sulfure d'antimoine se dédouble dans la substance. Il ne reste que les 2.5% de soufre nécessaire à toute vulcanisation; et le sous-sulfure qui reste incorporé à la substance n'a d'autre but que de donner la coloration spéciale au caoutchouc rouge.

Ce sous-sulfure produit hors de la substance et sur la surface des objets en caoutchouc un dépôt qui pourrait ne pas être sans inconvénient dans les usages. Il se dissout plus difficilement que le soufre dans les solutions alcalines, et s'il n'y a pas d'efflorescences sulfurées, il pourrait bien y avoir des efflorescences stibiées.

En ce qui concerne la souplesse et la durée, le caoutchouc rouge n'a aucun avantage sur le caoutchouc noir et ne pourrait même avoir que des inconvénients.

Mais (v. *Concours médical*, 30 novembre 1913), M. Pinard vient de présenter à l'*Académie de médecine* un mémoire de M. L. Lutz, intitulé : Inconvénients résultant pour l'hygiène des nouveau-nés de l'emploi de certaines tétines.

Il y a longtemps que le Dr Eulenberg avait signalé en Allemagne les dangers du caoutchouc des biberons, tétines et bouts de sein, parce que des analyses de Richter et de Lübbeck avaient montré que certains caoutchoucs renferment 20 à 25 % d'oxyde de zinc et 20 % de carbonate de plomb.

« Les recherches de M. Lutz montrent que, « seules, les tétines en feuille anglaise pure et « celles en caoutchouc trempé pur, vulcanisées « à chaud au bain de soufre, remplissent les « conditions exigées par une bonne hygiène. « L'addition de *factice* (substance élastique que « l'on obtient en versant du chlorure de soufre « dans une huile siccative du caoutchouc), obli- « geant à une vulcanisation au chlorure de soufre, « entraîne la fixation d'une certaine quantité de « ce corps, toxique par lui-même ».

De ce fait, nombre de tétines en caoutchouc répandues dans le commerce sont toxiques, dit M. Pinard, et il importe que des mesures urgentes soient prises par les autorités compétentes pour prohiber la vente de toute tétine renfermant des éléments nuisibles.

Tel est l'état de la question.

Dans la pratique, ce n'est point sans raisons que l'on emploie les sondes de Nélaton en caoutchouc rouge au lieu de caoutchouc noir.

A ce sujet, sans nous permettre de conclure nous nous contentons de poser les questions suivantes qui résument la discussion :

1° Quelle est l'action du sulfure d'antimoine sur les muqueuses ?

2° Y a-t-il des faits cliniques prouvant la nocuité du sulfure d'antimoine dans l'emploi des instruments médico-chirurgicaux en caoutchouc rouge ?

3° Ne pourrait-on point prohiber le *factice* dans l'instrumentation médico-chirurgicale infantile ?

Dr Courgey.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Traitement de la blennorrhagie aiguë. — Le botulisme.

Traitement de la blennorragie aiguë.

Question toujours d'actualité et qui fait partie du bagage scientifique obligatoire du praticien, elle vient d'être traitée à nouveau avec toute l'ampleur voulue par MM. Uteau et St-Martin dans *Toulouse médical*.

Les auteurs rappellent d'abord l'importance de la blennorrhagie en pathologie générale, sa nature d'infection générale, ses répercussions éventuelles sur l'appareil génital de la femme infectée par un conjoint malade, sur la fécondité de celle-ci, sur la vision des nouveau-nés, etc., tout cela pour établir qu'au lieu de constituer un titre de gloire pour les intéressés, cette affection demande à être évitée le plus possible et combattue énergiquement.

La blennorragie est presque toujours gonococcique. Mais il existe néanmoins des uréthrites rhumatismales, herpétiques, syphilitiques, tuberculeuses, mécaniques et chimiques (par injections intempestives), typhiques, etc.

Comme traitement préventif, les auteurs recommandent, dans les coïts douteux, d'employer le vieux condom, les toilettes sérieuses de la femme suspecte, la miction immédiatement après le coït, les longues ablutions du prépuce, du gland et du méat avec une solution antiseptique (oxycyanure de mercure à 0,25).

Mais le médecin voit le malade quand l'infection est acquise. Il pourra alors recourir au traitement abortif. La méthode des instillations argentiques ne donne de bons résultats que dans 25 % des cas ; elle aggraverait les autres ; elle est à rejeter.

La méthode de Janet utilise les grands lavages de l'urèthre au moyen d'une solution de permanganate, dont ils décrivent minutieusement la technique : la solution employée varie de 7/1000 à 1/1000. Guiard procède de la même manière

mais se sert d'une solution à 1/10.000, avec laquelle deux fois par jour pendant les 4 premiers jours, et une fois les 4 jours suivants, il lave abondamment l'urèthre total d'emblée. Motz modifie aussi quelque peu la méthode de Janet en commençant par une injection de nitrate d'argent dans l'urèthre antérieur, à 1 ou 2 % ; il ne commence les lavages permanganatés que douze heures après, ce traitement ne devant être mis en œuvre que le troisième jour au plus tard.

D'autres auteurs emploient comme antiseptique l'oxycyanure, l'argyrol, le collargol, le syrol.

MM. Uteau et Saint-Martin exposent ainsi leur pratique personnelle : Grands lavages trois fois par jour au bock avec des solutions de permanganate (1/4000-1500), — de protargol ou de syrgol (1/1000), aussi chaudes que possible (40°).

Si le *traitement abortif* a échoué, on continuera pendant la période d'état les grands lavages à raison d'un par jour. On y associera les balsamiques (santal, arrhéol), l'urotropine, l'helmithol, sans oublier le régime général : suppression des fatigues, des exercices violents, de l'alcool, du coït ; modération du tabac.

Le botulisme.

« Le botulisme, dit M. Esmein, dans sa leçon d'agrégation, que publie *Le Progr. médical*, comprend l'ensemble des accidents résultants de la pénétration dans l'organisme humain d'aliments contaminés par le bacillus botulinus ».

Affection rare, elle s'observe surtout dans l'Allemagne du Sud, mais on en a rencontré des cas indéniables en Belgique, en France et en Angleterre. Elle procède par épidémies ayant pour caractère leur localisation à une maison, à une caserne, un pensionnat, etc., leur brusquerie d'apparition, leur développement maximum d'emblée, en raison de leur origine alimentaire.

Les aliments qui créent le botulisme sont les saucisses et les boudins dans la composition desquels entre du sang de bœuf en décomposition, certains jambons, certains pâtés de viande, les conserves de viandes ou de légumes en boîtes hermétiquement closes insuffisamment stérilisées.

Les symptômes du botulisme apparaissent de 12 à 24 heures après l'ingestion défectueuse, quelquefois beaucoup plus tard, 2, 6 et même 9, jours, et consistent en symptômes digestifs et symptômes nerveux.

Symptômes digestifs : douleurs épigastriques, constipation opiniâtre, vomissements récidivants de matières alimentaires ou bilieuses d'abord, puis noires et gluantes.

Symptômes nerveux : vertiges multiples, brouillard devant les yeux, puis, paralysies multiples prédominant dans le territoire des nerfs craniens, motrices et sécrétoires, et flasques, atteignant leur maximum d'intensité au niveau de l'innervation de l'œil ; diplopie binoculaire avec amblyopie, suivie de cécité presque totale, dilatation pupillaire, déviation strabique ou immobilisation médiane, ophtalmoplégie, etc. Au niveau du pharynx et de la langue, dysphagie et dysarthrie, au niveau du larynx, assourdissement de la voix, puis aphonie. Les muqueuses sont sèches, rouges et recouvertes de mucosités épaisses. La soif est ardente.

Dans les cas bénins, qui se jugent en une quinzaine de jours, on n'observe ni troubles du pouls, ni fièvre.

Dans les cas graves, les accidents bulbaires apparaissent à la fin du premier septénaire : dyspnée, bradycardie ou tachycardie, arythmie, hypotension, et précèdent souvent la mort subite, à moins que le malade résiste quelques jours, auquel cas la guérison se fait longtemps attendre. Les paralysies flasques s'étendent en effet à toute la motilité volontaire, condamnant les malades à l'immobilisation au lit, avec les risques d'escarres, de bronchopneumonie. Des viscères importants peuvent être touchés, tels le rein, et l'on observe alors de la dysurie ou de l'anurie. Selon la gravité des épidémies, la mort survient dans 15 à 40 % des cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion essentielle du botulisme, vérifiée expérimentalement, est une dégénérescence des cellules des cornes antérieures de la moelle et des noyaux moteurs du bulbe.

Laissons de côté tout ce qui concerne la bactériologie du botulisme et venons-en au diagnostic qui se fera d'abord avec les intoxications alimentaires dues au b. paratyphique et autres formes voisines de l'Eberth. La symptomatologie et les recherches bactériologiques fixeront les idées à ce sujet ; — avec les empoisonnements par les champignons, par les spiritueux falsifiés, par les alcaloïdes végétaux ; — avec la polio-encéphalite aiguë, la paralysie bulbaire asphénique, les polynévrites, etc.

La prophylaxie du botulisme consiste à observer une hygiène alimentaire rigoureuse, et dans la consommation d'aliments botuligènes soigneusement fabriqués et stérilisés.

Le mal déclaré, on évacue autant que possible le tube digestif : lavages de l'estomac ; on soutient le système nerveux par des névrosthéniques et par la strychnine en particulier. Mais surtout, on est en doit d'espérer qu'il sera possible de recourir à une sérothérapie spécifique active que des recherches actuellement poursuivies avec succès permettent d'escompter comme prochaine la mise en pratique.

CORRESPONDANCE

Le corps médical et la mutualité.

Je vous adresse une communication découpée dans un journal de Colmar qui pourra peut-être vous intéresser.

J'y remarque que la méthode adoptée en Allemagne pour la lutte contre la Mutualité diffère complètement de celle qui nous a été préconisée il y a peu de temps, par le président Gairal, au Syndicat de la Vallée de la Meuse et qui consiste dans l'entente locale entre les médecins et les mutualistes par la persuasion.

De l'autre côté des Vosges, la lutte se fait d'une façon absolument générale, comme méthode et comme étendue.

Cette manière de faire ne pourrait-elle pas donner des résultats plus tangibles.

D[r] M.

Médecins et Caisse des malades (1).

La Chambre des médecins d'Alsace-Lorraine a voté dans sa réunion d'hier la résolution suivante :

La Chambre des médecins d'Alsace-Lorraine, qui, par ordonnance impériale de 1908, a été chargée de la défense des intérêts professionnels, exprime ses vifs regrets de voir les médecins allemands réduits, par suite de l'attitude des syndicats des caisses de malades, à entrer dans une lutte où leur propre existence est en jeu.

(1) *Nouvelliste d'Alsace-Lorraine*, 15 décembre 1913.

« La Chambre des médecins se déclare pleinement d'accord avec les résolutions du Congrès des médecins allemands du 26 octobre 1913, et exprime l'espoir que l'union de tout le corps médical parviendra à sauvegarder l'honneur professionnel.

« La Chambre des médecins remercie le gouvernement d'Alsace-Lorraine des efforts qu'il a faits jusqu'ici pour amener l'entente entre les médecins et les caisses de malades et éviter de cette manière une lutte à notre pays.

« La Chambre des médecins prie ses membres alsaciens-lorrains de continuer à se grouper fidèlement derrière les chefs de leur organisation et, mettant au second plan les desiderata locaux et personnels, de ne faire la paix avec les différentes caisses de malades que lorsque celle-ci aura été assurée dans tout l'Empire. »

Réponse

Nous avons soutenu à Montpellier les idées suivantes : Jusqu'à présent, la Mutualité a cru ne faire qu'une bouchée du corps médical et le réduire à sa merci. Nous avons déclaré le principe que la Mutualité n'est rien sans le médecin, tandis que le médecin pouvait fort bien exister sans la Mutualité. Par conséquent, il convient, pour les grands manitous des S. M. (sociétés mendiantes), d'abandonner ces airs de matamores. S'ils veulent causer avec nous, qu'ils le fassent avec déférence, sinon, rien à faire.

Les mutualistes veulent des ententes, soit ; mais ces ententes seront toutes locales, faites entre syndicats médicaux autonomes et S. M. autonomes. Rechercher un contrat applicable

par toute la France serait faire revivre la déclaration de M. Mabilleau, au Congrès de Nice, à savoir que chaque S. M. est libre de faire chez elle ce qu'elle veut.

Et le même M. Mabilleau n'a-t-il pas fait un plaidoyer chaleureux, mais habile, en faveur du forfait ?

Aussi, avons-nous toujours déclaré que nous entendions que chaque syndicat adopte, en toute indépendance, la ligne de conduite qu'il jugera la plus adéquate à ses intérêts.

Ici, le médecin ne connaîtra pas le mutualiste, qu'il soignera et fera payer comme un client ordinaire. Là, le Syndicat signera avec chaque S. M. un contrat collectif de travail sur les bases du libre choix, du tarif à la visite.

La S. M. fera ou non participer son adhérent aux frais médicaux, c'est son affaire, une question de règlement intérieur. Mais nous, médecins, nous avons le devoir d'empêcher que les malades soient sacrifiés à l'ambition des meneurs des sociétés mendiantes. Nous avons le devoir d'exiger la liberté de confiance, ainsi qu'un prix rémunérateur de l'acte médical pour que le malade soit bien soigné.

Et si la Mutualité ne veut pas accepter : bonsoir, je ne marche pas.

Voilà le programme des médecins français. Est-il clair et net ?

Adhésion au Sou et à la Mutualité Familiale.

« Merci de votre aimable lettre et de vos excellents conseils venus très utilement stimuler mes décisions. Abonné au *Concours*, je suis déjà un peu des vôtres depuis deux ans.... Aujourd'hui un peu mieux éduqué, grâce à vous, grâce à l'ardent plaidoyer de votre ami Boudin, je reconnais, au contraire, qu'en l'espèce la « faulte de monnoie » n'est qu'un argument mauvais et dangereux. Aussi je m'empresse de réparer mon erreur et de commencer à me mettre à l'abri des risques variés auxquels je suis resté, jusqu'alors, imprudemment exposé.

Inclus mon adhésion au « Sou médical » et un mandat-poste de 20 fr.

J'ai l'intention de demander le plus tôt possible à être admis comme membre de la *Mutualité Familiale* (maladie-accident). Mais je suis obligé d'attendre. Pour le moment vos statuts me barrent la route. Vos statuts exigent que le candidat soit membre de l'Association locale, affiliée à l'Association générale. Or j'ai demandé à être admis comme membre de l'Association générale des médecins de la Gironde ; mais ma candidature ne sera examinée qu'au mois de février ! Je suis donc contraint d'attendre 3 mois environ pour présenter ma demande à la Mutualité Familiale. Tant pis. *Dura lex, sed lex.*

Dr D.

Réponse.

Nous vous accusons réception de votre cotisation au « Sou médical » et prenons bonne note de

votre adhésion. Nous sommes assurés que, mieux étudiée, notre association sera mieux comprise.

Pour entrer dans la Mutualité Familiale il nous suffit que vous ayez fait acte de candidature à l'Association de la Gironde ; pour que votre adhésion puisse partir de janvier et que vous puissiez avoir droit à l'indemnité dès le 1er juillet 1914, envoyez-nous immédiatement votre dossier ; il sera examiné dans la réunion du Conseil qui prononcera les admissions à la fin de ce mois-ci.

Cas de conscience.

Voudriez-vous soumettre à l'expérience et à la conscience des confrères, lecteurs du *Concours*, le cas de pratique suivant :

Il s'agit d'un homme, avancé en âge, atteint de pneumonie du sommet à forme ataxo-adynamique, mais présentant par moment des phases de lucidité. Nous sommes au 7e ou 8e jour de la maladie. Le médecin a naturellement porté un pronostic très grave, mais conserve un faible espoir de défervescence et attend avec émotion le fatidique 9e jour.

L'entourage des paysans, harcelé par une sœur soi-disant garde-malade qui voudrait faire accomplir au pneumonique ses derniers devoirs religieux — consulte le médecin traitant à ce sujet. Que doit répondre celui-ci dans ce cas ? Quelle doit être sa conduite ? Nous nous plaçons uniquement au point de vue humanitaire et professionnel.

Dr B

Comment devenir médecin stomatologiste ?

Membre du *Concours médical*, je m'adresse à vous pour savoir dans quelles conditions un docteur en médecine peut acquérir le titre de chirurgien-dentiste. Y a-t-il un stage obligatoire ? des examens à passer ? Je vous serais très reconnaissant de me fournir tous ces renseignements au plus tôt.

Dr P.

Réponse.

Pour avoir le diplôme de chirurgien-dentiste, un docteur en médecine doit d'abord faire un stage d'un an au moins dans un service dentaire hospitalier d'une faculté de médecine — ou je crois — dans une école dentaire autorisée.

Avec le stage, il est dispensé des deux premiers examens, et subit seulement le troisième pratique qui comprend l'examen *d'un malade* et un interrogatoire par 3 examinateurs sur toutes les questions de *pathologie et de prothèse* et même d'anatomie — sorte d'examen général, — mais c'est le diagnostic qui importe le plus.

Le secrétaire,

Dr Cruet.

Ecole française de stomatologie,
20-22, passage Dauphine.

Accident du travail et reprise du travail.

Habitant un milieu industriel, mes confrères et moi-même sommes souvent appelés dans les conditions suivantes : un blessé, accidenté du travail, reprend son travail, sur la foi de notre certificat de guérison. Or 8 à 10 jours après, le malade nous fait appeler à nouveau. Nous constatons que le blessé souffre, en effet, des suites de son accident. Nous délivrons un nouveau certificat, établi dans le sens d'une continuation de l'accident. L'usine à laquelle appartient l'ouvrier refuse d'entrer dans cette manière de voir et verse à l'ouvrier une indemnité-maladie prévue par la caisse de secours, mais refuse le demi-salaire. Que devons-nous faire dans ce cas ?

Dr M.

Réponse.

Il importe que le médecin traitant ne délivre pas trop hâtivement le certificat de consolidation, car cette pièce indique que le blessé n'a plus besoin des secours de l'art de guérir et qu'il est définitivement en état de reprendre son travail.

En effet, c'est du jour où la consolidation est fixée que le demi-salaire est supprimé et que commencera à courir la rente, s'il y a incapacité permanente partielle de travail.

Mais nous supposons que ce certificat de consolidation a été délivré et que, quelques jours après, le blessé revient trouver son médecin et lui fait la preuve qu'il ne peut encore reprendre son travail.

Il faut alors que le médecin fasse un autre certificat, dans lequel il décrira minutieusement les lésions, les complications, et surtout il devra bien mettre en évidence la relation de cause entre l'accident et la nouvelle incapacité temporaire de travail.

En effet, le patron responsable, c'est-à-dire, sa très chicanière assurance, va s'efforcer de démontrer que ce n'est pas au compte de l'accident primitif que doit être imputée cette rechute, mais qu'il s'agit bien plutôt d'un nouvel accident n'ayant aucune relation avec le premier, ou encore qu'il s'agit d'une maladie non couverte par la loi de 1898.

Aussi, le médecin traitant fera-t-il bien d'avouer franchement, dans son 2e certificat, qu'il s'est trompé, lorsqu'il a délivré la pièce établissant à tort qu'il y avait consolidation de la blessure. *Errare humanum est* ; mais il faut savoir le dire. Si l'ouvrier ne peut se faire rendre raison, il assignera son patron devant le juge paix du lieu où s'est produit l'accident.

Quant au médecin traitant, il ne devra pas se désintéresser de la suite de cette instance, car s'il est prouvé que la rechute n'est pas le fait du premier accident, le praticien ne sera pas rémunéré des soins qu'il aura donnés après consolidation. Il n'aurait alors de recours que contre le blessé, qui souvent est insolvable.

Peut-on obtenir un duplicata du diplôme de docteur en médecine ?

Je vous soumets un cas assez curieux : un médecin qui n'exerce pas à Paris, mais qui de temps en temps fait des remplacements, est prié par la préfecture de police de déposer son diplôme. Or, il se trouve que le dit médecin a perdu son diplôme depuis longtemps ; il a fait enregistrer dans la ville où il exerce un certificat de scolarité qui a été accepté. A Paris, il n'en est pas de même

Le certificat de scolarité ne vaut rien. Que faire ? Il est impossible d'obtenir un duplicata de diplôme, car il ne peut prouver que le diplôme a été perdu, brûlé ou volé.

C'est ce qu'on a répondu au ministère de l'Instruction publique et à la Faculté de médecine. On ne peut délivrer qu'une attestation de titre, attestation qui sera transmise directement à la préfecture de police.

Ne pourrait-on pas réformer les conditions d'obtention du duplicata des diplômes de docteur en médecine ?

Et quelle est la solution que vous proposez ?

Réponse.

Nous ne saurions nous plaindre des difficultés que nous imposent la Faculté et le Ministère pour délivrer un duplicaca de diplôme, car nous avons le plus grand intérêt à ce qu'il soit malaisé de se faire remettre un autre parchemin, alors que celui-ci aurait été perdu, dérobé ou même vendu. Un illégal en la possession duquel ce diplôme serait parvenu, pourrait ensuite s'en servir pour exercer la médecine, avec un semblant de légalité. Certes, la préfecture de police est dans son droit, lorsque, se conformant aux termes de l'article 9 de la loi du 30 novembre 1892, modifié par la loi du 14 avril 1910, elle exige la production du seul diplôme, ou du certificat provisoire, et refuse de recevoir toute autre pièce.

De son côté, la Faculté a parfaitement raison de ne délivrer de duplicata de diplôme que si on peut faire la preuve de la destruction de ce titre. Ne serait-il pas à craindre que le parchemin puisse passer dans d'autres mains, après avoir été dûment gratté et lavé, puisqu'il ne comporte pas la photographie de l'impétrant.

Mais, de tout ceci, nous pouvons peut-être tirer une conclusion pratique.

Nous sommes avec l'administrat on dans tout ce qu'elle tentera pour remédier aux abus de l'exercice illégal, si dangereux pour la santé publique.

Il serait donc désirable que la photographie du titulaire du diplôme soit collée sur le parchemin et soit oblitérée par un timbre en relief. En second lieu, en cas de perte ou de vol du diplôme, il conviendrait que le titulaire puisse en avertir immédiatement la sous-préfecture de sa résidence, pour que cette disparition soit signalée dans toutes les autres sous-préfectures de France et des colonies où le diplôme d'Etat français donne le droit d'exercer notre profession.

Ce serait l'analogue des oppositions dont on

frappe les titres au porteur qui ont été perdus ou dérobés.

Le duplicata ne serait délivré qu'au bout de deux ou cinq années, l'opposition étant maintenue à l'égard de l'original.

En troisième lieu, ne serait-il pas possible de faire délivrer, chaque année, à chaque médecin exerçant, par la sous-préfecture ou la mairie, une carte d'identité officielle comportant une photographie, carte qui serait l'analogue de la carte des officiers,ou des cartes de demi-tarif délivrées par les compagnies de chemin de fer ?

Il résulterait de l'ensemble de ces mesures que seul, le titulaire du diplôme pourrait en effectuer le dépôt légal ; en cas de perte, ou de vol, ce titre ne pourrait pas servir à un illégal ; enfin, chaque médecin exerçant étant porteur d'une carte d'identité administrative, les enquêtes pour exercice illégal seraient très facilitées, avec cette sorte de recensement professionnel établi chaque année.

Nous soumettons ces idées au très dévoué Dr Darras, trésorier de l'A. G., qui, depuis de nombreuses années, s'occupe d'établir une liste exacte des médecins de France, en vue d'aider à la poursuite des faux confrères et de pouvoir ainsi démasquer leur imposture, si nuisible à la santé publique.

Comment devenir médecin inspecteur d'hygiène ?

Pourriez-vous me renseigner sur les points suivants : Y a-t-il encore des départements où il n'existe pas de médecin inspecteur des services d'hygiène ? Comment peut-on savoir d'avance quand un concours aura lieu ? Existe-t-il un programme de ce concours et des ouvrages traitant ce programme.

Seriez-vous assez bon de me renseigner sous les intiales J. S. S. G.

Réponse.

Voici les renseignements qui nous ont été donnés par la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques.

Le plus grand nombre de départements ne comportent pas, à l'heure actuelle, de médecins inspecteurs des services d'hygiène. Un travail d'organisation de ces services, dans chaque département, est en préparation. Mais en attendant, les postes vacants sont mis au concours et l'annonce en est faite au *Journal Officiel.*

Le *Concours Médical* reproduit ces avis de concours, ainsi que les programmes, lorsqu'on les indique. Car actuellement, il n'y a rien de définitif concernant les matières qui feront l'objet des interrogations des candidats.

PARTIE PROFESSIONNELLE

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

Chaumont, Wassy, Saint-Dizier.

Encore un Syndicat qui vient de naître. Et le besoin s'en faisait réellement sentir, dans cette partie de la Haute-Marne.

Bien des tentatives avaient échoué ; mais devant la persistance, l'insistance de quelques combatifs, le succès est venu couronner les efforts de ceux qui parlaient au nom de la concorde et de l'entente confraternelles.

Nous avions été mandé par les fondateurs du Syndicat de Chaumont-Wassy-Saint-Dizier, pour exposer aux confrères de la région ce qu'ils étaient en droit d'attendre d'une pareille organisation.

Pourquoi un Syndicat, nous demandèrent quelques-uns ? N'avons-nous pas l'Association locale du département, affiliée à l'A. G. ?

Non, leur répondîmes-nous. L'Association, société de secours mutuels, voit toute son activité et ses ressources complètement absorbées par les secours à apporter aux misères médicales et c'est à peine si elle y suffit, tellement sont nombreuses les demandes d'assistance pour les confrères âgés, les veuves et les orphelins.

De plus, soumise aux prescriptions de la loi sur les sociétés de secours mutuels, l'Association locale ne peut faire de défense professionnelle, car le législateur, tant en 1898 qu'en 1901, a nettement entendu réserver la défense des intérêts économiques et moraux d'une corporation aux seuls Syndicats, dont il avait permis la création, par la loi du 21 mars 1884.

Mais pourquoi ce vocable de Syndicat nous dit encore un interlocuteur ? N'est-ce pas une appellation ouvrière, qui cadre bien mal avec le décorum de notre profession ?

C'est la loi qui baptise de la sorte, par ce nom de Syndicat, les groupements professionnels. Les ouvriers, toujours avides de défendre leurs libertés, ont été les premiers à se servir des autorisations de fonder des groupements syndicaux ; voilà pourquoi ce vocable fait peur aux bourgeois. Mais le jour où les Syndicats médicaux, vraiment conscients du rôle social qu'ils ont à jouer, auront revendiqué hautement, comme leur appartenant, la défense des intérêts de leurs malades, alors surtout qu'ils auront prouvé qu'il y a dans leurs préoccupations, autre chose que le seul respect des intérêts égoïstes de leur profession, le mot « Syndicat » évoquera moins l'idée d'une lutte de classes que l'organisation sociale de chaque branche de l'activité humaine.

Les médecins doivent donc se grouper en Syndicats, *en se réclamant des lois du 21 mars* 1884 et 30 novembre 1892.

Mais pourront-ils alors défendre leurs revendications, lorsqu'ils auront des difficultés avec les représentants du département ou de la commune ? Oui, car la loi du 30 novembre 1892 n'interdit qu'une chose, c'est la *formation* d'un Syndicat, dont le but unique serait la lutte contre les pouvoirs publics. Mais le Syndicat, une fois formé et ayant inscrit dans son programme la défense des intérêts généraux, économiques et moraux de la profession, pourra prendre telle attitude qu'il jugera utile vis-à-vis d'une assemblée délibérante ou d'une administration, surtout si ce Syndicat ne comprend pas, dans son sein, des médecins purement fonctionnaires.

Ne conviendrait-il pas, nous a-t-il encore été demandé, de fonder un Ordre des médecins de préférence à un Syndicat ?

Non : un Ordre professionnel n'aboutit qu'à la tyrannie des membres arrivés contre les jeunes qui veulent percer. Voyez ce qui se passe dans certains ordres de professions libérales. L'exercice de la profession n'est pas accordé, comme en médecine, à tous ceux qui ont le diplôme. Il faut encore que le candidat se plie à certaines règles changeantes selon les temps et les lieux. Tout licencié en droit ne peut librement exercer la profession d'avocat : il faut qu'il soit admis par le Conseil de l'ordre ; refusé par un barreau, il pourra se faire recevoir par le barreau de la ville voisine, qui ne frappe pas d'interdit telle ou telle fonction, exercée par le jeune stagiaire, en attendant la clientèle.

Pourquoi ces différences ? N'est-ce pas un peu d'arbitraire ?

Un Syndicat est au contraire un groupement libre : on est libre d'y entrer, et libre d'en sortir. On peut exercer la médecine sans être syndiqué.

Mais, pour maintenir le bon renom de la profession et pour donner aux malades comme aux pouvoirs publics, un gage de l'honnêteté professionnelle, un conseil de famille est institué au sein du Syndicat, pour faire l'application des sanctions contenues dans les statuts.

Sanctions ! Quel gros mot ! N'est-il pas fait pour éloigner de nous beaucoup de confrères, qui n'admettront pas une telle juridiction ? Pardon, avons-nous répondu. En quoi les sanctions peuvent-elles effrayer un honnête médecin ? Cette juridiction ne sera pas faite pour lui, parce qu'il n'aura jamais à encourir ses foudres. Mais, quelle garantie pour la stricte observation des décisions prises en commun ! Un syndiqué viendrait-il à manquer à la parole donnée en assemblée générale ? aurait-il médit d'un voisin ? lui aurait-il joué un vilain tour ? vite, une plainte au Conseil de famille. Celui-ci jugera sur preuves formelles et bien souvent, la conclusion

sera que tout le conflit ne repose que sur des racontars de clients heureux de faire battre les médecins entre eux, pour obtenir les soins à meilleur compte.

Il est très rare qu'un conseil de famille ait autre chose à faire qu'à raccommoder deux confrères brouillés entre eux.

Au surplus, nous comparons bien souvent la peur des sanctions, que certains ne veulent pas voir dans les statuts, à cette situation que nous observons tous les jours : un honnête homme, qui, dans la rue, rencontre un gendarme ou un gardien de la paix, ne s'en offusque pas s'il a la conscience tranquille. Mais, qui donc crie : « à bas la rousse ! mort aux vaches ! » sinon ceux qui ont intérêt à la suppression de toute police urbaine ?

Devons-nous former un gros Syndicat, entre Chaumont, Wassy et Saint-Dizier ? ou devons-nous nous grouper en petits Syndicats ?

C'est votre affaire, avons-nous répondu. Moins on est nombreux, plus souvent on se voit, plus on travaille et plus on apprend à s'estimer.

Mais également est à considérer l'observation qui demande, pour un groupement en formation, le nombre des adhérents. Si vous ne formez qu'un seul groupe, au début, vous verrez ultérieurement s'il est de votre intérêt de vous scinder, ou de ne former que des cercles syndicaux ; c'est une question d'opportunité locale.

Cependant, des confrères font observer que, partisans du syndicalisme, ils ont été obligés d'adhérer au Syndicat voisin, puisque ce groupement professionnel n'existait pas dans leur région. Ils craignent d'avoir à verser deux ou trois cotisations, s'ils restent adhérents aux différents Syndicats qui les ont accueillis et au nouveau qui se forme.

Mais la solution n'est due qu'à une entente entre les groupements.

Ce qu'il importe, c'est que tout médecin fasse partie d'un Syndicat.

Et comme syndiqué, il pourra toujours obtenir d'assister, sans nouvelle cotisation, aux assemblées de Syndicats voisins, où des intérêts qui lui sont communs pourraient être discutés.

C'est la fédération départementale qui réglera cette situation, fédération composée des présidents et secrétaires de chaque Syndicat de la Haute-Marne. Ce groupement peut fort bien se passer de bureau, puisqu'il ne se réunira que lorsqu'il y aura besoin de faire concerter les deux ou trois Syndicats du département, pour une action à entreprendre contre le conseil général ou contre le préfet. Pas de statuts, non plus, puisque chaque Syndicat entend conserver son autonomie et ne peut pas être brimé par un organisme supérieur, qui serait une fédération autoritaire. Pas de cotisation, puisque chaque Syndicat prendra à sa charge les frais de la fédération au prorata du nombre de ses membres.

« Ah ! nous disait en sortant, un confrère, nous avons fait du bon travail. Il faut apprendre, par le Syndicat, à tous les médecins à se respecter entre eux, si nous voulons que nos clients nous respectent. »

Et il nous citait sa région, où tout marche fort bien, parce que jamais un confrère ne se laissera aller à un propos déplacé sur un praticien quelconque.

Tel autre nous disait que peu à peu, par leur petite entente locale, ses confrères et lui étaient arrivés à augmenter progressivement leurs honoraires et à pouvoir s'absenter, en se remplaçant mutuellement.

Un troisième se félicitait de l'entente qui allait enfin régner dans le département, ne serait-ce que pour résister aux empiètements de plus en plus considérables que l'administration fait au sujet de notre indépendance.

Et il nous narrait la dernière de la préfecture.

Appelé par un candidat facultatif aux retraites ouvrières, il voulait se faire payer son certificat, puisque le bonhomme n'était pas un indigent. Protestation du Préfet, qui entend qu'un tel examen soit fait gratuitement. « Nous saurons bien, docteur, vous susciter des concurrences, par des médecins certificateurs que nous nommerons et qui seront très honorés de cette distinction... toute gratuite ».

Enfin, ce qui nous fit plaisir, c'est que nombreux furent ceux qui manifestèrent leur contentement vis-à-vis du « Sou médical ». A haute voix un de nos anciens adhérents déclarait que depuis longtemps, il avait regagné sa cotisation au « Sou » et son abonnement au *Concours*, ne serait-ce que par les augmentations d'honoraires, que nos conseils lui avaient procurées.

Aussi, beaucoup demandaient que tout syndiqué dut adhérer à notre Ligue, pour que nous puissions mener toujours plus énergiquement la défense professionnelle, grâce au nombre et à l'argent.

Nous avons bon espoir : la Haute-Marne sera bientôt un département d'avant-garde : les confrères sauront faire entendre leur voix, non seulement dans leur région, mais encore dans le concert unanime que forme l'Union des Syndicats, lorsque notre vieille Union parle au nom des sept mille syndiqués qui la composent.

Bienvenue et longue vie au nouveau Syndicat Chaumont-Wassy-Saint-Dizier. Il pourra bientôt se gausser de la situation que les confrères ont trouvée, mais qu'ils auront abolie dans leur département. « Notre région, disait un confrère, est très giboyeuse et très poissonneuse, aussi Monsieur chasse, Madame pêche, tout le monde jouit et le médecin trime ».

Ces temps-là ne seront bientôt plus qu'un souvenir.

Dr Paul BOUDIN.



Demandes et Offres (Suite)

N° 3. — Nièvre. — On demande à acheter une auto de Dion, 2 cylindres 5/7 H. P. type E. J — 2, ayant peu roulé.

N° 4. — Dans le Midi, à céder pour raisons de famille bon poste en voie d'augmentation rapportant 6.000 francs, sans conditions.

N° 5. — Vendrait voiture F. N. 4 cylindres 10-12 H. P. pour acheter moto-voiture Auto-Fauteuil. Dr Bernard, de Bourg-la-Visa (Tarn-et-Garonne).

N° 6. — Après fortune faite et pour se retirer, à céder, dans la région Sud-Est, belle clientèle datant de 25 ans, importante localité à proximité de deux grandes villes, peu de frais. Indemnité 10.000 comptant (3662). S'adresser à MM. Breitel et Goret, Lanctin, successeur, 1, rue Dante, à Paris.

N° 7. — Dans très belle plage de l'Océan, à céder poste d'un rapport de 8.000 francs, très belle villa. Indemnité demandée 1.500 francs, bicyclette suffit, belle région très fréquentée l'été (3683). S'adresser à MM. Breitel et Goret, Lanctin, successeur, 1, rue Dante, à Paris.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

Mutualité Familiale. — à Dr H., à M. — Vous demandez le chiffre de la cotisation que vous aurez à verser et vous omettez de donner votre âge ! En écrivant au secrétaire général, vous ne sauriez donner trop d'explications sur votre situation : croyez que, pour lui, il y a secret professionnel et, d'autre part, que parlant en connaissance de cause, il pourra vous donner un conseil éclairé. Il s'est trouvé en face de situations personnelles tellement nombreuses qu'il sait les combinaisons convenant plus particulièrement à tel ou tel cas, et vous pouvez profiter de son expérience.

3965. — Dr B., à H., à « Sou médical. » — Une compagnie refuse de me régler les radiographies faites par moi à plusieurs de ses sinistrés, sur l'ordonnance du médecin traitant.

Appelée devant le juge de Paix, elle a présenté

Suite page XXIV.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le droit aux subventions.

C'est sous ce titre que paraissait, il y a quelques mois, un article dans l'*Avenir de la Mutualité*, sous la signature de M. G. Grau. Cet article débutait de la façon suivante : « S'il était une « question que je croyais bien définitivement et « complètement tranchée, c'est assurément celle « qui concerne le caractère des subventions à la « Mutualité, et quand je parle de subventions, « je n'entends pas seulement les encouragements « financiers de l'Etat et des personnes publiques, « mais tout aussi bien les cotisations des mem« bres honoraires.

« Je croyais qu'il était bien entendu et com« pris par tous que ces subventions n'étaient pas « une aumône pure et simple, et que leur emploi « par la Mutualité ne suffisait pas à transformer « son caractère propre d'acte de prévoyance pour « lui en donner un de charité et de bienfaisance. »

Le but de cet article n'est pas en réalité de réclamer le droit pour les sociétés de secours mutuels aux subventions et surtout aux subventions de l'Etat, car l'organisation de la Mutualité est ainsi comprise que dans les Sociétés approuvées, tout sociétaire appartenant à un groupement s'occupant soit des soins médicaux soit de la retraite, fût-il archi-millionnaire, a droit aux subventions. Bien que cette dispense de la manne officielle à beaucoup de personnages peu intéressants soit un comble, le fait n'en existe pas moins. Le but de l'article est surtout de justifier les subventions aux yeux de ceux qui, comme moi, pensent qu'il ne s'agit en l'espèce que d'une sorte d'aumône déguisée. Il est dit dans cet article : « qu'il est au plus haut point intéressant pour tous, pour l'Etat, pour ceux qui ont besoin de l'ordre, de la tranquillité et de la concorde, que la Mutualité produise ses fruits moraux avant même ses fruits matériels. Les subventions sont les manifestations de cet intérêt ». Ainsi donc, c'est une forme d'assurance d'un genre particulier. Après l'assurance-incendie, l'assurance-accidents, vie, l'assurance-automobiles, etc., nous avons une nouvelle forme d'assurance contre la révolution sociale créée par la Mutualité. On espère de cette façon empêcher certaines classes sociales d'élever la voix et de faire valoir leurs revendications et les bâillonner ainsi en leur flanquant quarante sous de subventions. Ce procédé est enfantin et prouve sa naïveté.

C'est, nous dit-on également, une prime de l'Etat, prime à la fois d'encouragement et prime d'assurance. Nous avons vu que ce principe de l'assurance contre l'augmentation des dépenses d'assistance était absolument faux, que le développement de la Mutualité n'empêchait en aucune façon le développement de la misère publique, puisque l'Assistance et la Mutualité ont chacune une clientèle qui n'est pas la même et les subventions, ne pourraient, en tout cas, se justifier que si elles étaient attribuées à des gens voisins de l'indigence, faisant un petit effort personnel pour ne pas tomber entièrement à la charge de leurs concitoyens. Ce serait parfait si, au lieu de se composer en partie de gens aisés, la Mutualité ne comprenait que des gens modestes, si en réalité la Mutualité n'était, comme le réclament MM. Weber et Guyot, qu'une œuvre de demi-assistance. Quant à la prime d'assurance, c'est encore autre chose. L'Etat est certainement louable de donner des prix d'encouragement aux Sociétés de secours mutuels, comme on fait dans les écoles communales aux enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de raison et à qui leur jeune âge ne permet pas d'autres récompenses. La prévoyance que l'Etat cherche à encourager par ses subventions revêt deux modalités différentes. Il y a d'abord la prévoyance des individus, il y a ensuite la prévoyance des Sociétés.

La prévoyance des individus ne peut porter ce nom que si elle s'adresse à cette catégorie de gens modestes, de demi-indigents dont nous parlions plus haut. Le devoir de l'Etat serait de les encourager. Il n'en est pas de même des gens aisés. Encourager leur prévoyance, c'est donner... une prime à leur avarice et aider l'exploitation de la Mutualité par ces gens qui n'y sont pas à leur place. La prévoyance des individus consiste à verser une somme pour s'assurer contre les risques éventuels des maladies ou de la vieillesse. Mais en versant une prime, l'individu entend obtenir le plus d'avantages possible.

La prévoyance des Sociétés est tout l'opposé. Les Sociétés cherchent à économiser, c'est-à-dire à verser le moins possible aux intéressés. Elles cherchent à créer des réserves de plus en plus considérables. Elles cherchent notamment à grossir le fonds commun inaliénable. L'économie est un acte de bonne administration. Boucler un budget par des excédents de recettes est toujours un acte prisé par les personnes qui s'occupent de gestion et c'est un motif à récompenses sous forme de rubans multicolores. C'est l'intérêt des administrateurs mais non des sociétaires.

Or, les subventions de l'Etat sont toujours en rapport avec l'économie qu'une Société peut faire sur son exercice et placer au fonds inaliénable des retraites. Ainsi, moins une Société fait pour ses sociétaires, plus elle a droit à ces subventions. Plus une Société comprend de membres honoraires, plus elle a droit également aux subventions. Ne pas demander un effort suffisant à ses participants, leur rogner leur portion sociale dans la plus grande partie, avoir recours à la mendicité, sous toutes ses formes, pour accroître ses ressources extraordinaires, voilà surtout ce qui est méritoire et mérite des encouragements de l'Etat.

Les subventions sont donc une prime à l'économie des Sociétés et la faillite de leur but social. D'aucuns trouveront ce résultat merveilleux ; moi je le trouve simplement immoral et je ne dirai pas avec M. Vermont, parlant des subventions de l'Etat : « Quant aux subventions, elles se jus-

tifient à tel point que leur insuffisance est injustifiable », je dirai au contraire : « La suffisance de la Mutualité est seule injustifiable. »

Dr M. VIMONT.

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

En Belgique (*Suite*).

Dans un précédent article, nous montrions comment, dans le service de l'inspection médicale des écoles, nos confrères belges en arrivent à réclamer le libre choix entre *tous les praticiens, sans distinction d'opinion.*

Il n'est peut-être pas sans intérêt, pour pouvoir faire d'utiles comparaisons, de montrer comment les pouvoirs publics conçoivent, en Belgique, l'oganisation de cette inspection.

Cette organisation est contenue tout entière dans l'art. 31 de la loi sur l'enseignement primaire actuellement en discussion à la Chambre belge. Cet article est ainsi conçu :

Toute commune est tenue d'établir un service gratuit d'inspection médicale scolaire, comprenant un examen des élèves au moment de leur entrée à l'école et au moins une visite mensuelle.

Ce service s'étend à toutes les écoles soumises au régime de la présente loi.

Un arrêté royal règlera les conditions générales dans lesquelles s'exercera cette inspection.

Les médecins inspecteurs des écoles communales sont nommés par le Conseil communal ; les médecins inspecteurs des écoles adoptées et adoptables sont nommés par la direction de ces établissements et agréés par le Collège échevinal.

A la suite de chaque visite, le médecin-inspecteur adresse au bourgmestre un rapport dont copie est transmise à l'inspecteur d'hygiène et à l'inspecteur de l'enseignement du ressort.

D'autre part, la Fédération médicale belge a formulé les desiderata suivants qui ont été portés à la connaissance des médecins belges et en particulier des médecins députés :

1° L'inspection médicale des écoliers comprend l'étude des plans, l'hygiène générale des écoles et l'examen individuel des enfants ;

2° Il sera établi des fiches individuelles dont la partie médicale sera réglée et rédigée de façon à garantir le secret professionnel et à éviter toute atteinte aux intérêts du médecin de famille.

3° La médecine scolaire constitue un service autonome n'ayant aucun rapport avec les services de la bienfaisance publique.

4° *Il ne sera, en aucun cas, donné de soins ni institué de traitement par le médecin-inspecteur,* cette institution étant uniquement une œuvre de prévoyance et d'avertissement.

5° Des médecins spécialistes (oculistes, oto-laryngologistes, dentistes) seront chargés d'examiner les enfants désignés par les médecins inspecteurs et rémunérés spécialement.

6° Le nombre d'enfants formant la section d'un médecin inspecteur ne dépassera pas 500.

7° Les services des médecins inspecteurs seront rémunérés et tarifés sur la base de 2 francs par tête d'écolier.

Une rémunération spéciale sera accordée aux médecins inspecteurs chargés par les administrations ou les directions d'écoles, des visites, rapports, etc., concernant la surveillance, l'hygiène des locaux, ou de toute mission, n'ayant pas pour objet l'examen individuel des écoliers. Cette rémunération sera fixée à douze francs par vacation, et dans ce cas, une indemnité de parcours sera accordée à partir du troisième kilomètre, tant à l'aller qu'au retour, et calculée à raison de 0 fr. 50 par kilomètre.

Nous retrouvons dans les vœux de la Fédération des soucis complètement identiques à ceux qui nous préoccupent nous-mêmes. C'est ainsi notamment que le *médecin inspecteur ne devra, en aucun cas, donner des soins ni instituer de traitement.* C'est la même tendance que chez nous à créer la séparation des fonctions entre le *médecin traitant,* choisi et appelé librement par le malade qui veut être soigné par lui, et le *médecin administratif,* représentant et défenseur de la collectivité, et qui, en aucun cas, ne doit s'immiscer dans les questions de traitement.

Il y aurait donc incompatibilité entre les deux situations ? Cela, pour nous, devient de moins en moins douteux, au fur et à mesure que se multiplient, pour la collectivité, les occasions de mettre en œuvre, à son profit, la compétence médicale. Alors ? C'est à la recherche de la conclusion pratique qu'appellent ces prémisses, que nous nous attelons courageusement.

G. D.

MÉDECINE SOCIALE

Organisation de la lutte contre la tuberculose par les bureaux d'hygiène.

Rapport présenté par M. le docteur GUILLEMIN, directeur du bureau d'hygiène de La Rochelle à la 5e Réunion sanitaire provinciale.

Messieurs,

Depuis quelques années, cédant à l'impulsion et aux démonstrations d'un groupe compact de grands philanthropes et de grands savants, la France semble vouloir comprendre quel péril immense lui fait courir la propagation de la tuberculose. Des membres du Parlement, la grande presse, des associations professionnelles viennent de se grouper autour de ceux qui sem-

blèrent pendant longtemps avoir prêché dans le désert. C'est donc que la parole de ces infatigables n'avait pas été perdue. Sous l'impulsion commune, l'opinion publique est saisie, la graine semée germe. L'administration supérieure peut dès maintenant connaître les résultats qu'ont obtenus les bureaux d'hygiène dans cette voie.

Le travail que je vous présente n'est que le résumé de la collaboration qu'ont bien voulu m'accorder plus de 60 de nos collègues. Je les prie de vouloir bien accepter, ici, l'expression de mes sincères remerciements.

L'unanimité d'entre eux a prouvé qu'ils avaient su s'éclairer sur l'état d'une question à l'ordre du jour et qu'ils comprenaient la grandeur du péril social. Si les résultats que je vais avoir à vous présenter en leur nom sont encore bien minimes, nul doute ne peut exister qu'avec des hommes aussi convaincus et doués d'une aussi grande volonté de persistance dans la lutte, des progrès plus sensibles encore ne puissent être atteints rapidement, mais dans la mesure des moyens qui leur sont conférés.

Notre travail traitera de :

1° La salubrité des habitations, la lutte contre les logements insalubres et la désinfection ;

2° Les mesures de prophylaxie individuelle ;

3° Les moyens de lutte anti-tuberculeuse et anti-alcoolique ainsi que les moyens de propagande.

La première série de ces questions entre directement dans les attributions des bureaux d'hygiène ainsi que le veut la loi de 1902.

En ce qui concerne la salubrité des habitations, la loi, ainsi que les règlements sanitaires, prévoient deux sortes de réglementation : l'une, qui concerne les maisons à construire, l'autre, les maisons existantes offrant des tares au point de vue de la salubrité.

Pour les premières, les plans doivent être soumis au bureau d'hygiène. Dans la grande majorité des villes de plus de 20.000 habitants, satisfaction est donnée à la loi ; maintenant, l'air et la lumière doivent pénétrer partout où l'homme est destiné à habiter de jour et de nuit. Ce sera en hygiène un des plus grands progrès du commencement du siècle, car le taudis est dénoncé partout et par tous comme le facteur le plus important de la contamination tuberculeuse.

Et cependant, à notre sens, une lacune existe encore non prévue par les lois et règlements, mais cependant déjà dénoncée : rien, en effet, ne s'oppose au surpeuplement des maisons et des logements. Certes, le problème est difficile à résoudre et plusieurs municipalités envisagent la possibilité de mettre à la disposition des familles nombreuses un certain nombre des habitations à bon marché construites, à construire ou en projet. En résumé, la question de surpeuplement mise à part, les bureaux d'hygiène sont suffisamment armés en ce qui concerne les maisons neuves.

Lutte contre les logements insalubres. — La majorité des directeurs des bureaux d'hygiène qui ont répondu à notre appel, affirment, avec exemples à l'appui, qu'ils ont entrepris avec succès la lutte contre le taudis. Telle, par exemple, dans une seule ville, l'amélioration apportée à près de 500 immeubles insalubres.

Si je me suis servi du mot de lutte en parlant du taudis, c'est que nos collègues ont trop souvent vu se dresser devant eux les difficultés les plus grandes et même quelquefois les influences les plus hautes pour empêcher l'application à des taudis des prescriptions légales. Seule, leur énergie d'apôtre a pu triompher des expédients de beaucoup de propriétaires qui ménagent leurs intérêts financiers au détriment des obligations contractées envers leurs locataires, ainsi que de l'inertie des Municipalités.

M. Juillerat, le grand promoteur du casier sanitaire en France, a démontré victorieusement quel parti on pouvait tirer, pour la protection de la santé publique, d'un casier sanitaire méthodiquement établi. Son exemple fut suivi par tous les bureaux d'hygiène et les dossiers indispensables, méthodiquement classés, laissent ainsi à la disposition des directeurs une arme toujours convaincante.

D'heureuses initiatives se sont fait jour à Narbonne, Troyes, La Rochelle, Montpellier, Nancy, où, grâce à la compulsion de certificats de décès remontant à 20 et 30 années en arrière, les directeurs purent découvrir des cités, des rues, des maisons ou des logements insalubres, insoupçonnés, infectés à fond, contaminant d'une façon pour ainsi dire inéluctable tous ceux des habitants successifs particulièrement prédisposés.

Il est nécessaire également de consulter les registres des Hospices, où sont portés les diagnostics des sortants et des décès, car nulle part ailleurs on ne pourra retrouver les diagnostics de ces malades, qui attendent leur dernier moment pour demander des soins. Jusqu'à présent ces cas échappent à notre vigilance et dès maintenant les hospices devront accomplir la même mission d'indicateurs que celle remplie par les dispensaires et préventoriums.

Quelques bureaux d'hygiène, malheureusement peu nombreux, voient leurs efforts secondés également par une partie du corps médical, notamment à Albi, Arles, Brest, Calais, Lyon, Montluçon, Orléans, la Rochelle, Verdun ; enfin, certains médecins convaincus, dénoncent les taudis. Des œuvres charitables collaborent également à ce dépistage des logements infectés.

Munis de ces renseignements, nos collègues s'efforcent d'obtenir des propriétaires les modifications nécessaires pour la transformation des logements insalubres. Dans cette tâche, la persuasion, la longanimité, quelquefois la menace d'application de la législation enlèvent les hésitations des intéressés ; d'autres restent intransigeants. C'est à ce moment que les directeurs se trouvent en présence de l'une des plus grandes difficultés pour l'application de la loi. Nos discussions des années précédentes en font foi et tous les hygiénistes ont fait remarquer, de plus, l'antagonisme qui existe entre l'exécution de mesures plus ou moins coercitives et les sentiments de tolérance que des élus sont appelés à manifester pour leurs électeurs.

La loi elle-même n'est pas toujours faite pour faciliter la tâche ; ses articles 12 et suivants relatifs aux immeubles insalubres protègent les intérêts des propriétaires, mais son efficacité est trop tardive en ce qui concerne la protection de la santé des habitants intéressés. La procédure à suivre peut en effet dans certains cas durer deux années. N'est-ce pas là une limite réellement excessive, quand il s'agit de soustraire le public à un danger de contamination aussi grave que l'est la possibilité de l'invasion du bacille tuberculeux.

Malgré toutes les difficultés exposées, les colères suscitées, les inimitiés acquises, nombre de directeurs ont obtenu des résultats excessivement appréciables : tels le docteur Bussière à Montluçon, qui a fait disparaître toute une cité ouvrière composée de vieilles maisons, ainsi qu'une trentaine de logements insalubres ; le docteur Fleury à St-Etienne qui annonce que l'on a commencé chez lui les formalités d'expropriation de toute une rue dans un vieux quartier, fortement éprouvé par la phtisie, et d'autres.

Je désire maintenant vous entretenir succinctement de la surveillance des hôtels et logements loués en garni, au point de vue de la salubrité. Trop peu de villes, en effet, se préoccupent de cette question si importante pour la transmission d'occupants à occupants successifs du bacille de Koch. Cependant le docteur Panel, de Rouen, en fait une mention spéciale et le docteur Huyges, de Dunkerque, nous fait connaître que les logements et hôtels garnis sont, dans sa ville, soumis à une réglementation particulièrement sérieuse dont l'exécution est suivie de très près.

Désinfection : Comme préambule, permettez-moi de vous citer les paroles du professeur Grancher, insérées au procès-verbal de la séance du 14 novembre 1903, dans le recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose : « Le second argument à l'encontre de la déclaration obligatoire (de la tuberculose) concerne la désinfection ; étant donnés les moyens restreints dont nous disposons actuellement, même pour les grands centres comme Paris, cette mesure reste pour ainsi dire impossible à appliquer rigoureusement, voilà pourquoi la déclaration reste facultative, conformément à l'avis émis à ce sujet par l'Académie de médecine, et je crois que c'est dans ce sens que nous devons conclure, car l'opinion publique n'accepterait peut-être pas sans protestation : *l'idée, le mot et la chose*.

« Cependant à cet égard, un progrès considérable a déjà été réalisé ; à ce sujet je rappelerai ce qui se passait à l'Académie de médecine en 1890, et ce qui s'y est passé récemment. Certains y défendaient alors (1890) les principes que nous défendons tous aujourd'hui ; c'étaient Villemin, Verneuil, Dujardin-Beaumetz, Brouardel et Nocard. Ils préconisaient la désinfection, le crachoir, le nettoyage du linge ; en un mot la lutte contre le bacille tuberculeux. Mais à côté d'eux certains académiciens, et des plus écoutés, demandaient que cette discussion ne franchît point le seuil de l'Académie, de façon à ne pas effrayer les familles.

« Quelques années après, en 1898, ce corps savant, à l'unanimité, décida qu'il fallait faire la plus grande publicité possible pour le rapport que j'eus l'honneur de présenter sur la prophylaxie de la tuberculose. *C'est que le public s'était habitué assez rapidement à l'idée et au mot.*

« Actuellement, les familles sont les premières à solliciter du médecin l'indication des précautions à prendre, afin de se défendre contre la contamination ».

Messieurs, l'évolution prévue par nos grands maîtres a suivi son chemin ; non seulement, ainsi que le dit le professeur Grancher, le public s'est habitué à l'idée et au mot, mais encore à la chose ; maintenant il sollicite la désinfection — avec ou sans l'intervention du médecin traitant. Et d'après les résultats qui m'ont été communiqués, ces désinfections pour tuberculose varient suivant les villes dans la proportion de 50 à 100 % après décès de tuberculose connus. Exemples : Roanne, docteur Cacarrie : « La population accepte avec enthousiasme notre service de désinfection ». Montpellier, Docteur Gerraud : « J'ai fait désinfecter tous les locaux contaminés de tuberculose que j'ai pu connaître, notamment tous ceux où sont survenus des décès ». Nevers, Dr Simonnot : « La désinfection complète des logements tuberculeux est pratiquée après décès et après changement de locataires ». Nancy, Docteur Parisot : « Je m'empresse de vous communiquer un graphique comparatif des décès causés par tuberculose et des désinfections que nous avons eu l'occasion de pratiquer....., il semble permis de relever dans l'allure de ces deux courbes, l'une par rapport à l'autre, une coïncidence qui engagerait à multiplier autant que possible les désinfections pour tuberculose. » Denain : « Les désinfections en surface et en profondeur sont pratiquées toutes les fois qu'une déclaration médicale nous est parvenue ou que la demande nous en a été faite directement par les intéressés ». Dijon, docteur Zippel : « La désinfection pour tuberculose a plus que doublé ; chaque jour nous faisons des désinfections volontaires : actuellement, je puis dire qu'il n'y pas un décès pour tuberculose qui ne soit suivi de désinfection ; on demande même la désinfection avant d'occuper un appartement ». Clermont-Ferrand, docteur Gautrez : « Je me contente de vous dire que le chiffre de décès de tuberculeux, qui était de 188 en 1906, est tombé à 166 en 1912, en même temps que la population passait de 58,363 habitants à 65,387. J'attribue cette diminution presque exclusivement à la lutte contre le taudis et à la désinfection ».

C'est à cet avis nettement exprimé par M. le Dr Gautrez et graphiquement démontré par le Dr Parisot que je me rallie entièrement.

En quelques années, les populations averties se sont accoutumées à l'idée, au mot, à la chose ; la voie est ouverte, les exemples encourageants,

les bureaux d'hygiène prêts à mettre en œuvre tous les moyens qui sont en leur pouvoir ; il ne nous reste plus qu'à espérer, pour obtenir des succès absolus, la collaboration active des médecins en ce qui concerne la déclaration de la cause des décès. Chaque fois qu'il a été question devant vous de statistique de mortalité, vous avez pu constater avec quelle prudente réserve les conclusions étaient formulées. C'est qu'en effet, malgré l'institution des médecins de l'état-civil, la déclaration de la cause des décès reste encore incomplète dans nombre de villes. De jour en jour s'affaiblit cependant le groupe de ceux qui se retranchent derrière le secret professionnel pour ne pas affirmer leur diagnostic sur le bulletin de l'état-civil. Cette abstention est un obstacle de plus à la désinfection systématique des locaux où se sont produits des décès par tuberculose. Nous sommes convaincu que ce serait lever les dernières hésitations de nos confrères que de leur demander de faire les déclarations des causes des décès, directement à leurs collègues des bureaux d'hygiène.

Jusqu'à présent, nous nous sommes occupés des attributions obligatoires des bureaux d'hygiène prévues par la circulaire du 23 mars 1906 ; nous savons que tous les directeurs font leur devoir, ou tout au moins, sont disposés à mettre tout en œuvre pour donner satisfaction à la loi, dans les limites cependant qui leur sont imposées par chacune des municipalités auprès desquelles ils exercent leurs fonctions.

Mesures de prophylaxie individuelle. — Maintenant que nous allons traiter des mesures de prophylaxie individuelle en matière de tuberculose, nous nous trouverons en présence de la grave question de la déclaration obligatoire de cette maladie. Sans cette déclaration, nos progrès resteront pour ainsi dire insensibles. Loin de moi la pensée de réveiller dans cette enceinte les échos des discussions animées qu'a soulevées cette proposition, tant au sein de l'Académie de médecine que dans les milieux et les publications des médecins praticiens.

Le rôle des directeurs de bureaux d'hygiène n'est pas, il me semble, de prendre position entre deux camps momentanément opposés ; mais ce que nous pouvons vous affirmer, ce que l'expérience démontre, c'est que, dans la lutte contre la tuberculose, la déclaration obligatoire est devenue indispensable ainsi que la collaboration médicale directe ou indirecte ; j'entends par cette dernière expression la déclaration faite par la famille responsable. D'ailleurs à ce sujet, notre collègue le docteur Cahen, de Caen, s'exprime de la façon suivante : « En ce qui concerne la tuberculose deux périodes sont à considérer : pendant « la vie, l'aide du médecin nous est absolument « nécessaire et nous avons la conviction que son « influence sera des plus puissantes, en même « temps que son action des plus efficaces ; il faut « que, par lui, le malade soit instruit de sa maladie, des conséquences qu'elle peut avoir pour « son entourage, qu'il connaisse les mesures « prophylactiques pour éviter la contagion, « pour empêcher la contamination de ses proches ; qu'il sache, en un mot, ce qu'il faut faire « et surtout ce qu'il ne faut pas faire ; et tout « cela, c'est le médecin traitant qui doit le lui « enseigner. Après la mort, il faut que la loi impose la déclaration de tout décès dû à la tuberculose, déclaration qui comporte ensuite « l'obligation de la désinfection totale, en surface et en profondeur, de tous les locaux et « objets ; et ici encore nous demandons le secours précieux de sa collaboration au médecin « traitant. »

Il n'est pas douteux que les pouvoirs publics sauront trouver la formule qui ralliera l'unanimité des suffrages, tant de la population, première intéressée, que des praticiens et de l'administration. Seule, en effet, une collaboration permanente, toute de dévouement à la société, permettra de coopérer aux mesures de prophylaxie individuelle à faire prendre, tant par les tuberculeux que par leur entourage. Nulle autre solution n'existe pour obtenir le maximum de résultats dans le minimum de temps.

Nous avons le plaisir de constater que les bureaux d'hygiène ne sont pas restés inactifs en tant qu'éducateurs de l'opinion publique. Déjà, sous l'action commune, des familles acceptent de parler ouvertement de tuberculose ; partout où il existe des dispensaires, des préventoriums ou des sanatoria, les consultations spéciales augmentent dans des proportions considérables, les lits sont retenus bien longtemps à l'avance. De plus, sortant des limites prévues, de nos collègues ont pu, notamment dans les villes d'Angers, de Montluçon, de Saint-Etienne, de Roubaix, de Bagnères-de-Bigorre, faire des distributions de crachoirs aux porteurs de tuberculose ouverte.

Les villes d'Angers, de Fougères, de Lyon, de Montluçon, de Roubaix, de Bagnères-de-Bigorre, et d'autres ont confié à leurs directeurs des laboratoires de bactériologie où se font quotidiennement et gratuitement, pour les pauvres, les recherches du bacille de Koch dans les crachats.

Angers et Montluçon prêtent même des lessiveuses pour la désinfection du linge dans les familles. C'est là de la bonne lutte anti-tuberculeuse puisqu'elle s'adresse directement au bacille pour le détruire.

Que demain la déclaration des cas de tuberculose ouverte se fasse régulièrement et nous ne verrons plus l'action des bureaux limités à la désinfection après décès ; cette action s'étendra immédiatement et subitement à la désinfection en cours de maladie. C'est vers cette désinfection que nous devons envisager les efforts que nous aurons à accomplir demain.

Nous ne sommes plus au temps où le professeur Grancher pouvait dire que nos armes de désinfection étaient rudimentaires. Sous l'impulsion active de l'administration supérieure ainsi qu'à la suite des campagnes persévérantes des hygiénistes, des inspecteurs départementaux et des directeurs de bureaux d'hygiène, les villes et les campagnes de France voient s'ouvrir de tous côtés des postes de désinfection qui sont à la disposition du corps médical dès sa première demande. Que la déclaration obligatoire de la

tuberculose ouverte soit chose faite et chacun de ces postes collaborera activement à la désinfection en cours de maladie et cette collaboration sera de tous les instants aussi discrète que le voudra le médecin traitant, car elle est devenue une nécessité qui éblouira les yeux des plus réfractaires et des moins clairvoyants.

Désinfecter le logement des phtisiques après leur mort est bien, mais c'est déjà bien trop tard ; n'a-t-il pas déjà trouvé quotidiennement à se réinfecter, ce malheureux disparu en respirant combien de fois des bacilles particulièrement virulents qu'il avait à chaque instant disséminés autour de lui, au cours de la triste agonie que fut toute sa maladie ! Que dire, alors, de ceux qui l'ont assisté, des divers membres de sa famille, constamment exposés ?

N'a-t-il pas infecté au maximum le logement ou mieux les divers logements que la misère grandissante et ses ressources décroissantes l'ont obligé à rechercher successivement moins onéreux pour ses faibles moyens trop vite épuisés. A chacun de ces changements de domicile, il laisse un logis saturé de bacilles infectants qui feront de nouvelles victimes, ajoutées à celles déjà touchées. C'est alors que nous devons frapper à coups redoublés pour nous assurer de plus grandes victoires. A ces tristes réalités, il existe en effet un remède, c'est d'abord la désinfection en cours de maladie, puis à tout changement de locataire. Ainsi sera obtenue la mise à neuf du foyer redevenu sain, que seuls, jusqu'à ce jour, les privilégiés pouvaient s'offrir.

Quittons un instant la France pour prendre une véritable leçon chez nos amis les Anglais : au cours des 50 dernières années, *la mortalité pour tuberculose en général a diminué de* 50 % *et pour la tuberculose pulmonaire en particulier, la diminution s'est élevée à plus de* 60 %.

C'est vers un but identique que nous devons tendre ; ce sont des économies humaines que nous devons réaliser et dans un laps de temps encore plus restreint, en pratiquant d'une façon systématique les désinfections telles que nous les avons définies et qu'elles sont réclamées par tous ceux qui, ne se laissant pas leurrer par des paroles, savent regarder la vérité en face afin d'en tirer des mesures essentiellement pratiques.

Moyens de lutte anti-tuberculeuse et anti-alcoolique. Propagande. — Il me faut maintenant mentionner l'action personnelle des directeurs de bureaux d'hygiène pour la part d'activité qu'ils réservent aux diverses œuvres soit d'éducation populaire, soit de lutte anti-tuberculeuse qui, toutes, coopèrent directement ou indirectement au relèvement sanitaire de la population.

Loin de se borner à l'application stricte des attributions obligatoires ou facultatives prévues par les règlements, nombreux sont nos collègues qui n'ont pas hésité à payer de leur personne, comme éducateurs, en organisant des conférences, en particulier dans les villes de : Angers, Alais, Albi, Arles, Boulogne-sur-Mer, Brest, Brest, Douai, Dunkerque, Fougères, Montceau-les-Mines, Montluçon, Narbonne, Orléans, Le Puy, La Rochelle, Bagnères-de-Bigorre, St-Omer et autres. Aussi nombreuses sont les villes où sont distribués des tracts, des circulaires, je citerai en particulier celle de notre collègue et grand apôtre, le docteur Lafosse et celle du docteur Fleury, de St-Etienne. Dans cette voie d'aide morale, c'est tout autant la personnalité que la personne elle-même du Directeur qui contribue par des conseils, des encouragements aux familles frappées, des conférences dans les milieux populaires, dans les écoles ; par le moyen également des inspections dans les écoles primaires, etc., à répandre la bonne parole, à vulgariser et aussi à faire connaître toutes les œuvres de protection de l'enfance parmi lesquelles nous n'avons que l'embarras du choix : que ce soit, en effet, l'œuvre de Grancher, si utile par son placement familial, et destinée à soustraire l'enfant au milieu contaminé, comme le font également, mais en moins complet, les colonies de vacances, l'envoi des enfants à la campagne, à la montagne, à la mer. Pour toutes ces œuvres, les Directeurs des bureaux d'hygiène sont déjà et seront toujours de précieux collaborateurs, si ce n'est des instigateurs.

Je regrette que la place me soit limitée, car j'aurais eu le plus grand plaisir à mentionner d'une façon particulière toute une série d'œuvres coopérant plus ou moins directement à la lutte anti-tuberculeuse, et à fournir une documentation étendue sur les résultats obtenus. Telles les œuvres lyonnaises dirigées par les professeurs Gourmont et Lesieur qui peuvent servir d'exemple. Cependant, il ne faudrait pas croire, en exagérant la portée de mon compte-rendu, que nos collègues soient les seuls philanthropes des villes qui figurent au tableau. Des âmes charitables, des esprits élevés, pleins d'un noble altruisme, ont bien voulu consacrer et leur temps et leur argent à la création des œuvres qui nous occupent. Plusieurs municipalités, également conscientes du grand rôle de protecteurs de la santé publique qui leur est dévolu, ont fondé ou pensent à organiser des institutions qui ont pour but soit la défense, soit le relèvement de la la santé de leurs administrés. Auprès de ces Municipalités les directeurs des bureaux d'hygiène diovent toujours trouver bon accueil.

Vous rappellerai-je les crèches, les consultations de nourrissons, qui s'organisent de plus en plus, même sous l'influence de la direction de l'administration supérieure, les gouttes de lait, presque toujours œuvres privées. Enfin les dispensaires, parmi lesquels je ne puis oublier de vous citer celui de Calmette à Lille, sous le nom de dispensaire E. Roux, le prototype du dispensaire en France, le dispensaire Albert Robin et Siegfried de Beaujon, sous le nom de notre très vénéré Léon Bourgeois, les dispensaires de Lyon, de Belfort, de Cambrai, de Montluçon, de Nancy, de Nantes, d'Orléans, de Roanne, de Tours, Troyes, Valenciennes. Tous coopèrent de la façon la plus énergique à la lutte anti-tuberculeuse, soit en traitant les malades, soit par les conseils qu'ils leur donnent, le courant d'opinions qu'ils créent, l'éducation prophylactique qu'ils enseignent, les désinfections qu'ils provoquent,

les renseignements précieux qu'ils communiquent aux bureaux d'hygiène pour la lutte contre le taudis et l'assainissement des maisons infectées.

Je ne puis parler plus longtemps de ces œuvres et de ces hommes. En m'appesantissant je craindrais de déflorer et paraître amoindrir leurs résultats si encourageants ; j'oserai simplement vous conseiller, pour rafraîchir votre documentation, la lecture du recueil des travaux de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, des communications de Calmette, de Gourmont, de Lesieur, ainsi que les travaux publiés par Fleury, Alliot, Zippel, Jules Meyer, pour le département de l'Aisne, Martial, de Douai, par la phalange solide des hygiénistes de l'Aube au milieu desquels il nous faut remarquer les docteurs Broquin et Bertrand.

Parallèlement aux institutions dirigées contre la tuberculose, se sont créées des sociétés ou ligues anti-alcooliques ; Landouzy, n'a-t-il pas dit, en effet, que l'alcoolisme faisait le lit à la tuberculose. Tous sont unanimes à le reconnaître ; tous nous dénonçons le même péril, et nos vœux tendent à la limitation du nombre des cabarets ainsi qu'à la suppression du privilège des bouilleurs de cru. En attendant, ces ligues ont entrepris l'éducation anti-alcoolique de la population. Quelques-uns en discutent les résultats, affirmant que l'on s'adresse presque toujours à des auditoires dont le siège est fait. Tel n'est point mon avis.

Grâce aux conférences, grâce à l'enseignement, le péril alcoolique est mieux connu, les exemples ont pénétré les mœurs, déjà les maîtres dans les écoles y font allusion et si dans les régions françaises profondément intoxiquées, un recul de l'alcoolisme n'en est pas manifesté de façon évidente, il n'en est pas moins vrai que certaines municipalités, s'appuyant sur l'opinion publique, ont osé, ce qu'elles n'auraient pu faire il y a quelques dizaines d'années, prendre des mesures restrictives contre la diffusion de l'alcool ; soit par des droits prohibitifs comme au Mans, soit par la limitation des débits comme à Alais, Avignon, Belfort, Dijon, Lunéville, La Rochelle, Rouen, St-Brieuc et d'autres.

Nombre de nos collègues demandent et préconisent de façon toute particulière l'enseignement dans les écoles. S'il est bon en effet de s'adresser au grand public pour modifier son opinion, l'éclairer, l'entraîner dans une voie qui lui permettra, le moment voulu, de faire pression sur ses élus, afin de préparer le progrès quotidien, il n'en est pas moins indispensable de semer la graine qui germera demain dans le cerveau de nos enfants appelés à nous seconder et sous peu à nous suppléer dans la grande tâche entreprise de lutte contre les ennemis communs. C'est donc à l'enfance, notre espoir de l'avenir, que nous devons transmettre nos convictions par un enseignement plein d'exemples probants, fréquemment répétés, toujours mieux éclairés.

Enfin, d'autres questions se rattachent à la lutte anti-tuberculeuse, je les cite pour mémoire : la lutte pour le bon lait non adultéré, non contaminé, d'où découlent un service de répression de fraudes, une surveillance de vacheries et la tuberculinisation des vaches demandée par plusieurs d'entre nous. Puis la lutte contre les poussières, véhicules permanents de toutes les contaminations admirablement démontrées d'ailleurs, par les travaux de Chaumet, etc.

Conclusion. — Messieurs, des volumes et des volumes ont été publiés sur la tuberculose ; je ne saurais donc avoir la prétention de rivaliser avec les praticiens les plus éminents et les savants les plus incontestés pour espérer mettre en lumière de façon plus précise qu'ils ne l'ont fait tout l'historique de cet ulcère, né du bacille de Koch, qui ronge l'humanité.

En quelques lignes cependant nous pouvons apprécier toute l'étendue du chemin parcouru. Lorsque Villemin démontra expérimentalement que le bacille de Koch était inoculable, Laënnec, Trousseau, Peter et d'autres continuèrent à nier la contagion de la tuberculose. Parmi leurs principaux arguments, ils opposaient l'observation de tuberculeux vivant dans la saleté et sans règle d'hygiène, sans contaminer leur entourage. De nos jours, l'argument suprême consiste à dire que si la tuberculose était contagieuse au même titre que les maladies dénoncées par la loi de 1902, par suite de la grande diffusion du bacille et sa rapide multiplication, aucun de nous n'aurait échappé à la contagion.

Que les temps sont changés ! Et quelle révolution a dû s'opérer dans l'esprit de nos opposants en apprenant récemment que grâce aux méthodes nouvelles, capables de déceler les terrains tuberculisés, nos contemporains et en particulier Sergent, viennent de démontrer que 92 % et même 96 % pour Noegeli, de jeunes gens pris au hasard à l'âge de 18 ans, sont tuberculisés.

Quelle qu'en soit la tentation, je ne dégagerai de ce qui précède qu'un considérant qui doit être, pour nous, de la plus haute importance, c'est que le public doit être rapidement averti des faits que nous venons de rapporter, car, convaincu que tous nous portons le germe, que tout adulte est tuberculisé comme le dit Sergent, il n'y a plus lieu de tenir qui que ce soit en suspicion ; plus de mise à l'index des familles entières ; l'affolement des voisins, l'expulsion par le propriétaire, deviennent choses impossibles.

Tous, également atteints, doivent se grouper en un effort suprême tendant à la guerre acharnée et sans merci à faire au bacille tuberculeux.

Je crois avoir mis en lumière le travail considérable effectué par près de 60 de nos collègues et pour me résumer sur deux points principaux, je note que 56 villes sur 61 procèdent à la désinfection pour tuberculose après *décès, en général sur demande des intéressés.* La lutte contre le taudis est activement menée dans plus de la moitié des centres urbains qui nous occupent ; les résultats positifs et tangibles ne sauraient se faire attendre et si les autres villes n'ont pas suivi cet exemple, il faut en chercher une des principales causes dans l'inertie municipale justement incriminée ; enfin, sous diverses formes, et sortant de leur rôle officiel dans presque toutes les villes, les directeurs de bureaux d'hygiène

coopèrent à la lutte anti-tuberculeuse en collaborant aux œuvres locales.

Ces simples résultats prouvent en particulier que les bureaux d'hygiène sont organisés pour faire face aux exigences légales prévues et à la désinfection soit en fin de maladie, soit en cours de maladie (question de matériel à compléter mise à part), soit enfin après chaque changement de locataire. Alors nous pourrons espérer atteindre rapidement la si remarquable diminution de mortalité par tuberculose signalée plus haut pour l'Angleterre.

Si je fus un bien modeste interprète des pensées directrices de nos collègues ainsi que de leurs actes, qu'ils m'en excusent. Ce que je désire affirmer cependant, une fois de plus en leur nom, ce qui ressort d'une façon absolue de leurs communications, ce qui doit se dégager par-dessus tout de mon exposé, c'est que tous sont des convaincus, que leurs âmes sont acquises, que leur dévouement est certain à la grande lutte ouverte contre le mal social qu'est la tuberculose.

Que le parlement, que les pouvoirs publics, compris les municipalités, leur donnent de nouvelles armes, toujours sollicitées d'ailleurs, et bravement, faisant abnégation de leurs intérêts, au prix des plus grands efforts, on verra les directeurs des bureaux d'hygiène, seconder passionnément de toutes leurs forces la marche en avant de toute une nation mieux éclairée et désireuse enfin de soustraire la race à l'ennemi qui frappe 500.000 personnes et fait annuellement près de 100.000 victimes.

Leur idéal n'est-il pas de coopérer, en apôtres inlassables, aux œuvres grandioses qui tendent à faire la France plus saine, plus vigoureuse et par conséquent plus respectée ?

***

Dans la discussion qui a suivi, M. MIRMAN, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, s'est étonné que le referendum dressé par les soins de M. Guillemin n'ait pas dit pourquoi la *désinfection en cours de maladie est si rare.*

Et M. Guillemin a répondu :

Une des raisons de la rareté des désinfections au cours des maladies tient à ce que les Directeurs des bureaux d'hygiène ne peuvent dépister « les affections à désinfection », alors que le diagnostic n'est même pas connu de la famille, *car il y a des cas où la conscience du praticien lui défend de faire connaître son diagnostic. D'autre part, les médecins praticiens n'accepteraient pas — et ils auraient raison — notre ingérence dans les familles. Nous ne devons y entrer qu'avec eux, et la chose se fera d'autant plus facilement que nous resterons dans notre rôle.* Celui-ci ne comporte pas la création de dispensaires. En tous cas, nous n'avons pas les ressources nécessaires pour cela, et si nous nous lançons dans cette voie, nous risquerions — tout au moins dans les petites villes — de diminuer l'autorité morale de nos confrères, ce dont nous devons nous garder absolument.

Nous enregistrons avec une vive satisfaction les paroles si caractéristiques et si sensées du Dr Guillemin, un hygiéniste administratif, qui, sans se laisser griser par l'autorité qui s'attache à sa fonction, apprécie comme il convient les rôles respectifs des médecins traitants et des médecins fonctionnaires de l'hygiène. Nous opposerons prochainement cette doctrine, que nous approuvons sans réserve, à l'opinion d'un confrère, hygiéniste officiel, pour bien établir comment, à nos yeux, se pose le redoutable problème du rôle social du médecin, et dans quel sens nous en devons rechercher la solution.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos de l'arrêt de Cassation du 9 mai 1913.

Les médecins casseroles en désarroi.

I. — La Commission médico-légale des Syndicats ouvriers de Lille défend les droits du blessé et ceux du médecin traitant.

Malgré les criailleries des médecins domestiqués par les patrons ou par les assureurs, médecins qui se sentaient désormais contrôlés, les syndicats ouvriers de Lille ont établi depuis quelques années une solide organisation médico-légale pour la défense des blessés du travail.

Cette organisation est composée de médecins qui relèvent avec détails et précision tous faits d'ordre médical résultant d'un traumatisme. Et à côté de ces médecins, des délégués ouvriers de la même profession que l'accidenté, véritables techniciens, s'appuyant sur les constatations des médecins, indiquent avec compétence quelle gêne l'accident apporte aux fonctions du blessé et quel est le taux de l'incapacité de travail que le blessé subit. Le dossier ainsi établi avec l'avis d'un médecin et d'un professionnel de la catégorie du blessé est ensuite remis à l'avocat-conseil des syndicats ouvriers qui en tire toutes conclusions utiles pour la victime.

II. — Mais les magistrats... intègres ont de l'avancement.

Déjà cet organisme sérieux avait maintes fois fait réformer par le Cour d'appel de Douai des jugements du tribunal civil de Lille par trop favorable aux riches compagnies d'assurances. Or, il s'est trouvé que par le jeu, probablement normal, des mutations de magistrats, on a déplacé le président de la Cour de Douai qui si souvent réformait les jugements du tribunal de Lille. Et, coïncidence bizarre (!), le président du tribunal de Lille, dont les sentences étaient si souvent réformées par la Cour d'appel de Douai, a justement été appelé à faire partie de cette Cour et se trouve actuellement en être le président.

Aussi la Cour de Douai a-t-elle maintenant tendance à réformer de moins en moins les jugements du tribunal de Lille, bien que celui-ci, avec son nouveau président, accepte encore généralement la thèse des assureurs.

Avant ces mutations, il suffisait à l'organisa-

tion médico-légale des syndicats ouvriers d'en appeler du tribunal de Lille à la Cour d'appel de Douai pour obtenir des indemnités à peu près normales pour les accidentés du travail. Mais aujourd'hui que, peut-être pour les causes précitées, le tribunal et la Cour jugent dans le même sens, force est bien à l'organisation ouvrière d'aller jusqu'en cour de cassation que ne préside pas encore l'ex-président du Tribunal de Lille.

Et c'est ce qui est arrivé pour cette fameuse affaire Clabecq.

III. — Un fait entre tant d'autres.

Le médecin traitant du sieur Clabecq avait cru pouvoir dévoiler au médecin patronal un détail de la maladie du blessé, détail qui lui avait été révélé par l'examen du malade. L'accidenté meurt. Sa veuve prétendait que le médecin traitant, en agissant ainsi, avait violé le secret professionnel. Elle le poursuivit donc de ce fait. Le tribunal de Lille, et notamment la Cour de Douai, en les termes qu'on va lire, le 22 octobre 1912, prétendait que les médecins traitants, en ce qui concerne le secret professionnel :

« En sont délivrés tant au regard des tribu-
« naux que des parties en cause, relativement
« aux questions litigieuses ressortissant des ac-
« cidents du travail et dans la limite de ce qui
« intéresse la solution de ces questions ».

Mais l'arrêt de Cassation (9 mai 1913, chambre crim.) établit, au contraire, que

« La prohibition édictée par la loi ne souffre pas d'exception dans le cas d'accidents prévus par la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 31 mars 1905 ; que si cette loi autorise les chefs d'entreprise à s'assurer par leurs propres moyens d'investigation de l'état de santé des ouvriers blessés, *elle ne relève nullement les médecins traitants de l'obligation de ne pas révéler les secrets dont ils sont dépositaires.* »

IV. — Les médecins-casseroles en désarroi vont chercher en haut lieu des défenseurs.

Cet arrêt de Cassation, suivi de la menace faite par les syndicats ouvriers de poursuivre tous les médecins qui, sans en avoir le droit, violeraient le secret professionnel en dépassant les limites que leur accorde la loi, a jeté l'épouvante dans le monde des médecins patronaux. Ceux-ci, en effet, s'étaient imaginé que le blessé du travail n'était pas un malade comme les autres, qu'il n'était pas un homme. Et volontiers, ils le considéraient comme une simple chose, devenue, par son accident, la propriété du patron qui avait le droit de le traiter et de le réparer comme un simple outil de travail.

C'est ainsi que dans leurs journaux, les médecins patronaux font appel, pour combattre cet arrêt de Cassation qui les gêne fort, à des professeurs de facultés de médecine et de facultés de droit par exemple.

Nous étudions plus loin spécialement la valeur des arguments donnés par deux de ses défenseurs de médecins patronaux : M. le docteur Vanverts, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille et M. E. H. Perreau, professeur à la Faculté de droit de Toulouse. Nos lecteurs verront ce que valent leurs spécieux arguments dont la réfutation est facile.

Dr DIVERNERESSE.

SOU MÉDICAL

Extrait du registre des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 11 *et* 18 *décembre* 1913.

Admission. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission à compter du 1er janvier 1914, de MM. les docteurs :

3163 Marmasse, à Orléans (Loiret).
3164 Pellet, à Nîmes (Gard).
3165 Colard, à Ornans (Doubs).
3166 Thomassin, à Lerrain (Vosges).
3167 Magne, à Paris, 7, rue Charles-V
3168 Blouet, à Nort-sur-Erdre (Loire-Infér.).
3169 Roche, à Giat (Puy-de-Dôme).
3170 Dissez, Le Boucau (Basses-Pyrénées).
3171 Laurans, à Montfrin (Gard).
3172 De Mourguez, Le Puy (Haute-Loire).
3173 Névot, à Avranches (Manche).
3174 Nory, Outarville (Loiret).
3175 Dumas, à Verrières (Vienne).
3176 Pasqueron de Fommervault, à Nieul-l'Espoir (Vienne).
3177 Crochet, à Morthemer (Vienne).
3178 Héron, à Lésigny (Vienne).
3179 Michiels, à Clavigny (Vienne).
3180 Lecointre, à Lencloître (Vienne).
3181 Labeau, à Bordeaux, 81, rue St-Sernin.
3182 Delaye, Le Bouscat (Gironde).
3183 Codet-Boisse, à Bordeaux (Gironde).
3184 Eymery, à Blaye (Gironde).
3185 Guinard, à Gauriac (Gironde)
3186 Coriveaud, à Blaye (Gironde).
3187 Mangon, à Margaux (Gironde).
3188 Athané, à Pauillac (Gironde).
3189 Bouyer, à Eyrans (Gironde).
3190 Jullien, à Paris, 71, rue de Clichy.
3191 Orssaud, à Pézenas (Hérault).
3192 Toulant, à Paris, 14, place de Laborde.
3193 Oré, à Tonnay-Charente (Charente-Inférieure).
3194 Gaiffe, à Tonnay-Charente (Charente-Inférieure).
3195 Lefèvre, à Bléneau (Yonne).
3196 Perdoux, à Poitiers (Vienne).
3197 Fagart, à Neuville-de-Poitou (Vienne).
3198 Picquet, à Sens (Yonne).
3199 Spindler, Le Havre (Seine-Inférieure).
3200 Esménard, à Villeneuve-sur-Yonne (Yonne)
3201 Guillois, à Angers (Maine-et-Loire).

— Le Conseil odonnance le paiement :

1° A l'avoué du Dr B., d'une provision de 60 fr. dans l'affaire d'appel de justice de paix pour

laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé antérieurement ;

2° A l'avocat du Dr P., de ses honoraires, s'élevant à 100 fr. dans une affaire soutenue avec l'appui du « Sou ».

— Le Dr B. se voit refuser le paiement de l'indemnité kilométrique au prix de 40 centimes alors qu'il a effectué le parcours en auto, sous prétexte qu'il existe un chemin de fer entre le lieu de sa résidence et la commune où le blessé a été soigné, et bien que le service soit assuré de telle façon qu'il lui faudrait perdre plus d'une demi-journée pour utiliser la voie ferrée.

Etant donnés les termes du Tarif Dubief, visant le moyen de locomotion par lequel le transport a été *effectué*, l'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour poursuivre le recouvrement intégral de sa note.

— Le Dr P. se plaint du refus d'appui pécuniaire qui lui a été opposé dans une affaire qu'il avait engagée sans l'avis préalable du « Sou » et dans laquelle il a d'ailleurs obtenu la condamnation de son adversaire.

Le Conseil rappelle que c'est à bon droit, et conformément à l'article 17 du règlement intérieur, que l'appui pécuniaire a été refusé en l'espèce. Puisque le Dr P. a gagné son procès, il n'a qu'à exécuter le jugement, et l'appui pécuniaire ne se comprendrait pas dans cette affaire.

— Le Dr P. est traîné en appel d'un jugement rendu à son profit sur une demande formée contre lui en dommages-intérêts pour responsabilité professionnelle.

Le Conseil reconnaît que la garantie pécuniaire est acquise au Dr P. devant la Cour d'appel comme elle l'a été en premier ressort devant le tribunal civil.

— Le Dr B. a produit à la faillite d'un patron une note d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail, en demandant l'admission de sa créance au privilège de l'article 2101, 6°, du code civil.

Le syndic de la faillite ne paraissant pas disposé à reconnaître le privilège, l'appui pécuniaire est accordé éventuellement au Dr B. pour porter l'affaire, en cas de difficultés, devant le tribunal de commerce.

— Le Dr P. est traîné en appel d'un jugement qui, conformément aux conclusions du rapport de l'expert, lui accorde le paiement d'une note d'honoraires accidents comportant, au cours de la même visite, des séances de massage et d'électrisation ; la compagnie d'assurances conteste la légitimité du cumul de ces deux interventions.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour se défendre en appel, et pour former appel incident sur divers points où le jugement a réduit injustement sa note d'honoraires.

— Le Dr R. a soigné un ouvrier, blessé en aidant le chauffeur d'une auto, sur sa demande, à sortir la voiture d'un fossé. Le propriétaire de l'auto, qui habite Nice, ne répond à aucune demande de paiement.

L'appui pécuniaire est éventuellement accordé au Dr R., pour le cas où une action judiciaire serait nécessaire, après échec des démarches amiables.

VARIÉTÉS

La Comédie Médicale

Pièce en mille tableaux

Scène détachée

DICHOTOMIANA

PERSONNAGES

Dr HAVID (de Pécune).
Dr LERMINE (de Keurpur).
Dr RASSIS (de Sens).

(En wagon, au retour d'un congrès professionnel.)

Dr HAVID (de Pécune). — Vous aurez beau dire..... Je prétends, moi, qu'on a le droit de tirer de son métier tout ce qu'il peut rendre...

Dr LERMINE (de Keurpur). — Honnêtement.

Dr HAVID. — Cela va sans dire. Et toucher une remise quelconque d'un chirurgien, auquel on a apporté un client sur un plat, est à mes yeux des plus légitime. Un courtier d'assurance qui amène des affaires à une compagnie ne touche-t-il pas une prime proportionnelle à l'importance de chaque police nouvelle ? Un voyageur de commerce n'a-t-il pas droit.....

Dr LERMINE. — Peut-on entendre un confrère proférer de pareilles hérésies ? Comparer un médecin à un courtier, à un voyageur !

Dr HAVID. — Je ne compare rien. Je me place au point de vue des principes généraux pour vous faire déclarer à vous-même que, de prime abord, la question d'honnêteté n'est pas en jeu, en l'espèce, et que la dichotomie, ce mot qui vous écorche la bouche, mon cher confrère, n'est pas une coutume déshonnête par elle-même. Dans l'industrie comme dans le commerce.....

Dr LERMINE. — C'est précisément contre de telles assertions que je m'inscris en faux. Tant que vous vous obstinerez à traiter l'art médical comme une question commerciale, nous ne parlerons jamais la même langue. Contre cette « épicialisation » de la médecine, je m'insurgerai toujours !

Dr HAVID. — Le métier de médecin doit faire vivre son homme, n'est-ce pas ?

Dr LERMINE. — Certes !

Dr HAVID. — Et tandis que l'épicier ou le marchand de vin du coin se retirent après quinze ans de vente de moutarde ou de mêlé-cassis, le médecin travaille toute sa vie, chemine nuit et

jour pour mettre à peine les deux bouts ensemble..... quand il a ce qu'on appelle une bonne clientèle.

Dr Lermine. — Je ne nie pas que la médecine subisse, en ce moment, une crise sérieuse due à la pléthore, mais cela se tassera, se resserrera.

Dr Havid. — Et nous nous serrons le ventre pendant ce temps.

Dr Lermine. — Il n'en est pas moins vrai qu'il y a certains principes supérieurs que nous ne devons jamais perdre de vue. Un médecin n'est pas un marchand de moutarde ni un débitant de trois-six. Notre profession est trop belle, trop noble, pour n'y voir qu'une façon quelconque d'amasser de l'argent. Que nous soyons rémunérés de la peine que nous nous donnons, c'est toute justice, mais un malade ne nous paye pas une facture... il nous règle des honoraires !

Dr Havid (ironique). — La médecine est un sacerdoce !

Dr Lermine. — En tous cas, une profession honorable et qui doit rester honorée de chacun.

Dr Havid. — La médecine est un métier.... et un sale métier, à l'heure actuelle ! Gargarisez-vous de grands mots, n'empêche que les faits sont là.

Dr Rassis (de Sens). — Mes chers amis, vous avez raison et tort tous les deux. Il est juste et équitable que le métier de médecin nourrisse son homme — et mieux, qu'il ne le fait d'ordinaire aujourd'hui. Il doit lui permettre d'élever sa famille et de s'assurer dans la vieillesse, l'*otium cum dignitate*. Mais ce qui a cours dans l'industrie ou le commerce ne peut servir de criterium en médecine. Ce qui est strictement honnête pour un courtier ou un voyageur peut, chez le médecin, être jugé « improper », comme disent les Anglais. Sans en faire un sacerdoce, nous n'en avons pas moins embrassé une profession libérale qui nous astreint à certaines nécessités spéciales...

Dr Havid. — A la nécessité de mourir de faim trop souvent.

Dr Lermine. — A la nécessité, en tous cas, dans les conseils que nous donnons, dans les décisions que nous prenons, dans les ordonnances que nous signons, de ne jamais pouvoir être soupçonnés d'avoir en vue autre chose que la santé même du malade.......

Dr Havid. — La femme de César, quoi !

Dr Lermine. — Ni d'être influencés par un intérêt personnel quelconque, si fugitif qu'il paraisse.

Dr Rassis. — Lermine, vous frisez le paradoxe, car alors nous n'oserions plus jamais proposer la moindre opération, ni pratiquer nous-mêmes la moindre intervention qui, forcément, nous rapportent toujours un certain bénéfice... Quiconque agit, peut toujours être soupçonné sur les mobiles ayant déterminé cette action. Dites plutôt, à mon avis : Le médecin doit s'efforcer, dans sa carrière, de donner la moindre prise possible à des soupçons de vénalité, pouvant, par aventure, effleurer l'esprit d'un malade ou de son entourage, afin de conserver leur confiance absolue et de garder indiscutable son autorité morale.

Dr Lermine. — Soit ! Il n'y a là qu'une nuance.

Dr Rassis. — Qui a son importance à mes yeux. Suivant votre théorie, le médecin ne devrait jamais, par principe, tirer le moindre bénéfice à propos d'une opération pratiquée par un confrère chirurgien ou spécialiste.

Dr Lermine. — Dame ! Il me semble que cela va de soi, puisque dans la dite opération, le médecin traitant passe la main à un autre.

Dr Havid. — Alors, je verrais sans sourciller mon client verser mille, deux mille francs à un étranger, qu'il ne connaît pas, qu'il ne verra peut-être jamais plus, et moi qui fus l'artisan de cette opération, de cette guérison, peut-être, je devrai me contenter d'un coup de chapeau pour tout potage !......

Dr Lermine. — Vous n'avez pas été l'opérateur et, s'il y a guérison, le « facteur » de cette guérison.

Dr Havid. — Qu'en savez-vous ? Et si je n'avais pas fait le diagnostic de la lésion ? Si je l'avais fait trop tard ?

Dr Lermine. — C'est juste. A ce point de vue, je suis de votre avis et reconnais qu'il y a là, pour le médecin traitant, une grosse part de responsabilité....

Dr Havid. — Qui a sa valeur marchande..... Et puis, vous oubliez tous les tracas, tous les dérangements que nous cause la venue d'un chirurgien..... Toute notre journée est prise : nous autres compagnards, il faut l'aller chercher à la gare, lui et son interne, l'aider dans l'opération, après avoir fait préparer spécialement la chambre, « ce champ opératoire » pas toujours commode à bien installer à la campagne ; lui offrir souvent à déjeuner ou à dîner avant le départ ; bref, être toute la journée son très humble serviteur, au risque de faire grogner les autres clients qui, à l'occasion, ne se gênent pas pour prendre le voisin, libre de répondre à leur appel parce qu'il n'a pas l'honneur de recevoir « un grand chirurgien ». Et plus tard, si l'opéré ne va pas ? s'il vient à mourir ? A qui s'en prend-on ?..... A ce maudit praticien, qui n'a pas su choisir un chirurgien habile ou qui l'a fait venir trop tard, ou qui n'a pas su faire antiseptiquement les pansements, etc. ; en résumé, si le malade guérit, c'est grâce au chirurgien ; s'il meurt, c'est la faute du praticien, Et vous croyez que tout cela ne compte pas ?

Dr Lermine. — Je n'en disconviens pas. Faites votre note en conséquence.

Dr Havid. — Fort bien..... et la famille qui a donné au chirurgien, sans barguigner, deux mille francs le jour de l'opération, poussera les hauts cris, si, en fin d'année, je réclame cent francs pour ce même jour.

Dr Rassis. — Vous n'avez que trop raison sur ce point et Lermine ne pourra que le constater.

Dr Lermine. — Sans doute.

Dr Rassis. — En pareil cas, les familles ne distinguent pas suffisamment le rôle de leur médecin habituel et ne se rendent pas compte de l'importance d'un diagnostic fait juste et à temps pour le pronostic même de l'affection. Elles ne voient que l'acte matériel même de l'opération

le seul qui représente, à leurs yeux, le « travail » effectué.

Dr Lermine. — Tout cela est certain. Mais, comment voulez-vous qu'il puisse en être autrement chez des gens qui n'ont, en pareille matière, aucune base scientifique, pour étayer leur jugement. Je reconnais qu'il y a là une injustice dont, nous autres praticiens, nous souffrons à tort, mais le moyen de changer cela ?

Dr Havid. — Par la dichotomie qui corrige l'injustice du sort à notre égard.

Dr Lermine. — Pour moi, la dichotomie sera toujours entachée de ce fait, qu'elle se pratique en dehors et à l'insu de l'intéressé, comme une sorte de partage clandestin du butin.

Dr Havid. — Vous êtes dur, Lermine.

Dr Lermine. — Je suis juste.

Dr Rassis. — Vous seriez juste, mon cher, s'il s'agissait de manœuvres louches de dévoyés de la médecine, comme il peut s'en rencontrer dans toutes les professions, inventant une nécessité opératoire pour faire « de l'argent ». Ceux-là, s'il en existe,ne sont que des requins que je vous abandonne et qui n'ont aucun rapport avec le corps médical français dont vous avez pu apprécier, comme moi, la sincère probité.

Dr Lermine. — Mais c'est justement parce que j'ai l'estime la plus haute pour le caractère du médecin français que je me révolte contre certaines pratiques qui tendraient à le faire déchoir dans l'esprit public.

Dr Rassis. — Nous parlons donc d'une opération effectuée par un chirurgien sur le diagnostic d'un praticien, après que tous deux ont acquis la conviction scientifique de la nécessité d'une intervention. Eh bien, dans ce cas, je trouve, moi aussi, qu'il y a une injustice criante, une inégalité choquante entre les gros honoraires touchés par le chirurgien et la maigre aumône faite au praticien, qui, parfois, par son étude longue et attentive du malade, par la connaissance de ses antécédents familiaux et personnels, par les soins judicieux dont il l'a entouré, avant l'opération, par son diagnostic motivé enfin, a pu amener ce malade à supporter avec succès une intervention, telle intervention que, lui praticien, a su juger utile, propice et faisable à telle époque.

Dr Lermine. — Je ne nie pas que l'injustice d'où provient cette inégalité est criante.

Dr Havid. — Eh bien, alors ?

Dr Lermine. — Mais cette injustice étant fonction de l'incompétence inévitable de l'entourage du malade, elle est irrémédiable.

Dr Rassis. — Non, car cet entourage n'en est pas le seul facteur.

Dr Lermine. — Quel autre trouvez-vous donc ?

Dr Rassis. — Le chirurgien.

Dr Lermine. — Comment cela ?

Dr Rassis. — En voici trois raisons : 1° le chirurgien demande de très gros honoraires, faisant ainsi figure, devant la famille, d'un *deus ex machina* auprès duquel tout et tous ne sont plus que des accessoires négligeables ; 2° Il ne rend pas assez effective et palpable la part si importante du médecin de famille qu'il devrait considérer et faire considérer par l'entourage comme le promoteur, le directeur médical et le collaborateur indispensable de l'acte opératoire pour lequel il a été appelé ; 3° il devrait considérer et faire considérer par l'entourage ses honoraires comme la rémunération de l'acte chirurgical pris dans son ensemble, c'est-à-dire non seulement pour lui personnellement, mais pour tous ceux qui sont appelés à y prendre part, aussi bien le médecin traitant que le ou les internes qui l'accompagnent.

Dr Lermine. — Vos raisons ont leur valeur.

Dr Rassis. — J'ai toujours été stupéfait de voir un chirurgien demander plusieurs billets de mille francs pour une opération et dire ensuite aux parents du malade, d'un air dégagé : « Vous donnerez deux louis à chacun de mes deux internes ». Tudieu ! mon cher maître, vous avez la main large ! Que ne les donnez-vous vous-même sur ce que vous venez de toucher ?

Dr Lermine. — Parfaitement.

Dr Rassis. — Je ferai la même remarque à propos du médecin traitant dont le chirurgien a coutume de se désintéresser complètement. En réalité, comme le faisait remarquer justement Havid, dans cet acte professionnel pour lequel l'opérateur a demandé une somme importante, le médecin traitant a un rôle très précieux,avant, pendant et après. Le chirurgien s'en rend mieux compte que personne, lui qui se décharge sur lui de tous les ennuis des suites opératoires survenant après son départ, Alors pourquoi, après avoir touché comptant la forte somme, trouve-t-il tout naturel de le quitter sur une pirouette avec un « serviteur, mon cher confrère ! » qui ne manque pas d'une savoureuse ironie ?

Dr Lermine. — Le fait est que....

Dr Rassis. —Croyez-moi, Lermine, cette injustice et les essais de dichotomie qui ont été tentés pour la corriger, proviennent de ce que, en cas d'opération, le coefficient des honoraires touchés par le chirurgien et le médecin traitant, n'a pas comme base l'importance de l'intervention de chacun d'eux pour le mieux-être du malade.

Dr Lermine. — Ce ne serait pourtant que de stricte équité, mais la solution .... ?

Dr Havid. — Il n'y en a qu'une, la dichotomie.

Dr Rassis. — Non, Havid, non : pas de cachotteries, pas de mics-macs....

Dr Havid. — Et quoi, alors ?

Dr Rassis. — Autrefois, le rôle d'un chirurgien était fort méconnu : barbier et chirurgien étaient deux professions confondues et les barbiers-chirurgiens formaient une corporation, placée sous le patronage de Saint-Cosme et soumise à la juridiction du barbier du roi. Ils étaient dans une situation analogue à celle des apothicaires; confondus, eux, avec les confiseurs. Pour le traitement des malades, chirurgiens et apothicaires étaient, d'ordinaire, placés sous la haute direction scientifique du médecin et ce dernier, trop souvent, faisait montre, envers eux, d'une morgue ridicule et les traitait en « petites gens ».

Dr Havid. — *Quantum mutatus ab illo* !

Dr Rassis. — Aujourd'hui, aux yeux du public, la situation est renversée. Vous connaissez l'antienne : « La chirurgie a fait d'immenses progrès tandis que la médecine ..... » Aussi n'hésite-t-on jamais à « honorer » largement le chirurgien, tandis que le médecin — « pour ce qu'il a eu à faire dans cette maladie où il s'est borné à dire qu'il fallait une opération .... » — en quoi lui serait-on redevable, même de reconnaissance, pour un rôle à peu près nul ?

Dr Havid. — Et voilà pourquoi votre fille est muette.

Dr Lermine. — Allez donc remonter un courant semblable. Aussi, les chirurgiens ont pris le haut du pavé....

Dr Havid. — Et tiré à eux toute la couverture.

Dr Rassis. — Leur science et leur habileté leur donnent le droit de parler haut... mais aussi le devoir de reconnaître qu'avant l'acte chirurgical, il y a un acte médical — moins palpable pour les incompétents, mais tout aussi utile au malade — et que le droit du médecin traitant qui a su dépister une affection, en faire le diagnostic exact et réclamer une intervention à temps, est un des facteurs principaux de la guérison.

Dr Havid. — Après tout, le chirurgien n'est que le bistouri qui exécute ce que le médecin a conseillé.

Dr Rassis. — Non, il est le collaborateur chirurgical du médecin traitant dans l'œuvre commune qui a pour but la guérison du malade. Qu'en cas d'opération, il prenne la première place, bien !..... mais pas la place entière. Qu'il ait la conscience de reconnaître et de faire reconnaître par la famille le rôle important du médecin traitant et que franchement, loyalement, il dise à l'entourage : « D'après l'avis et les indications de votre médecin, comme d'après nos communes constatations, il nous paraît qu'une opération s'impose. Le prix global en sera de tant, y compris mes collaborateurs parmi lesquels je compte, en premier lieu, le médecin du malade puisque il est le seul à l'avoir suivi, et qu'il pourra nous donner les meilleurs avis pour la réussite de cette intervention. »

Dr Havid. — Et avec tout cela, que donnera t-il au médecin traitant ?

Dr Rassis. — Reconnaissant l'importance du rôle de celui-ci — et cela, avec la compétence qui manquait à la famille du malade — il lui réservera honnêtement une part de la somme convenue pour l'opération ; part non comparable à celle d'un interne venu là comme aide d'une heure, mais cependant part compatible avec la plus stricte loyauté, car elle ne sera pas exagérée non plus et n'aura pas ainsi le caractère d'une « remise » quelconque faite sur une affaire ». Ce sera la part proportionnelle due à tout collaborateur dans toute œuvre effectuée en commun.

Dr Lermine. — Je vous comprends. De cette façon, le médecin traitant recevrait, à titre de collaborateur, les honoraires qui lui sont légitimement dus. Ce serait, en effet, conforme à l'équité..... mais les familles seront toujours tentées de soupçonner là quelque tripotage.

Dr Rassis. — Quiconque agit, vous disais-je tout à l'heure, peut toujours être soupçonné sur les mobiles ayant déterminé cette action. Agissons loyalement et laissons dire..... Et puis quoi ? Un de mes malades a besoin d'une opération. Celle-ci est pratiquée par un chirurgien suivant mon diagnostic et d'après mes indications. Je prête mon concours à cet opérateur, me mettant à sa disposition pour l'intervention elle-même dont il a pris la direction technique. N'est-ce pas son devoir strict et hautement avouable de rémunérer ce concours sur les honoraires globaux qui lui ont été versés en vue de la réalisation même de cet acte opératoire ?

Dr Lermine. — C'est évident. Mais c'est là une initiative qui revient à Messieurs les chirurgiens et ils n'ont pas l'habitude.....

Dr Rassis. — Qu'ils la prennent et la fassent prendre dans les familles. Quand cette coutume sera passée dans les mœurs, elle semblera toute naturelle, et on ne parlera plus alors de dichotomie.

Dr Lermine. — Je le souhaite.

Dr Havid. — Cela ne sera pas fait de sitôt. Aussi, moi, en attendant.....

(A ce moment, le train s'étant arrêté à Pécune, le reste de la phrase se perdit dans le brouhaha de la descente.)

Dr Fernand Decourt

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **A l'Officiel.** — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail ;

Vu le décret du 28 février 1899, modifié par le décret du 27 décembre 1906, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 27 de cette loi ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 mars 1899, déterminant le barême minimum pour la vérification des réserves mathématiques des sociétés d'assurances contre les accidents du travail et spécialement son article 2 ;

Vu l'avis du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail ;

Sur la proposition de l'inspecteur des finances, chef du service du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Article unique. — Le barême minimum déterminé pour la vérification des réserves mathématiques des sociétés d'assurances contre les accidents du travail par l'arrêté du 30 mars 1899 et annexé

audit arrêté est maintenu provisoirement pour l'année 1914.

Paris, le 6 décembre 1913.

HENRY CHÉRON.

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu la loi du 9 avril 1898, concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail ;

Vu la loi du 12 avril 1906, étendant à toutes les exploitations commerciales les dispositions de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ;

Vu le décret du 28 février 1899, modifié par le décret du 27 décembre 1906, portant règlement d'administration publique pour l'exécution de l'article 27 de la loi du 9 avril 1898 ;

Vu l'arrêté ministériel du 29 mars 1899, déterminant les bases des cautionnements que doivent constituer les sociétés d'assurances contre les accidents du travail ;

Vu l'arrêté ministériel du 30 mars 1899, déterminant les primes prévues à l'article 6 du décret du 28 février 1899 et à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 29 mars 1899, relatifs aux sociétés d'assurances contre les accidents du travail, spécialement l'article 2 dudit arrêté ;

Vu l'arrêté ministériel du 5 mai 1899, complétant les arrêtés des 29 et 30 mars susvisés ;

Vu l'arrêté ministériel du 28 novembre 1906, déterminant les primes pour les exploitations commerciales visées par la loi du 12 avril 1906 ;

Vu l'avis du comité consultatif des assurances contre les accidents du travail ;

Sur la proposition de l'inspecteur des finances, chef du service du contrôle des assurances privées,

Arrête :

Art. 1er. — Les primes visées au dernier alinéa de l'article 6 du décret du 28 février 1899, et à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 29 mars 1899, telles qu'elles sont fixées à l'article 1er de l'arrêté ministériel du 30 mars 1899, et à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 28 novembre 1906, sont maintenues provisoirement pour l'année 1914.

Art. 2. — Est prorogé jusqu'au 1er janvier 1915 l'effet des dispositions contenues dans l'article 2 de l'arrêté ministériel du 5 mai 1899.

Paris, le 6 décembre 1913.

HENRY CHÉRON.

— **Hôtel-Dieu.** *Laboratoire d'électro-radiologie du professeur Chantemesse.* — Le Dr Kolbé a commencé, le mardi 9 décembre, à 10 heures 1/2 du matin, une série de conférences théoriques et pratiques d'électro-radiologie médicale, avec présentations d'appareils, de radiographies, de projections fixes et animées, et les continuera les mardis suivants, à la même heure.

Ces conférences sont ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, français et étrangers.

Prière de s'inscrire au laboratoire des Rayons X. Inscription gratuite.

— **Cours d'instruction du service de santé dans le gouvernement militaire de Paris en 1914.** — Un cours d'instruction et des exercices d'application sur le service de santé en campagne auront lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, aux dates ci-après :

1° Cours d'instruction. — 1re série : du 15 au 24 janvier 1914. 2e série : du 9 au 18 mars.

2° Exercices d'application du 1er au 4 avril 1914.

Le programme d'enseignement du cours d'instruction comprend :

a) Des conférences théoriques et des démonstrations pratiques ;

b) Des exercices spéciaux d'application.

Ces conférences seront faites à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce et les exercices spéciaux d'application auront lieu, suivant les cas, soit aux Docks du service de santé à Vanves, soit au quai de la Râpée (Dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires).

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le « Cours d'instruction » pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région de corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

— **Exercice illégal de la médecine.** — On a pu lire ces jours derniers dans les journaux l'entrefilet suivant : Deux femmes d'origine chinoise parcouraient ces jours derniers la ville du Caire traitant les maladies des yeux et extrayant des.... vers des yeux, sans posséder aucun permis d'exercer. La police les mit en état d'arrestation et les mena devant le tribunal sommaire de l'Ezbékieh. Le président fit appeler deux personnes qu'il fit traiter par les deux femmes. A la suite de cette expérience, le tribunal acquitta les deux femmes !

(*Rev. Méd. d'Egypte*, avril 1913.)

— **Le célibat et la folie.** — D'après le *Medical Journal*, de Boston, les célibataires sont plus exposés à la folie que les hommes mariés.

Les aliénistes allèguent que les tracas de la vie conjugale sont si nombreux et revêtent tant de formes que l'esprit ne peut s'y arrêter longtemps, tandis qu'un célibataire s'absorbe, dans sa solitude, à réfléchir sur des malheurs imaginaires, jusqu'au moment où sa raison l'abandonne.

— **L'assistance... canine.** — Alors qu'on se plaint en France de la rareté des écoles d'infirmières, il existe dans les Iles Britanniques plusieurs écoles où l'on dresse des *nurses* pour chiens. On leur apprend les différentes maladies qui menacent et atteignent cet intéressant quadrupède et après 12 mois de stage, elles sont autorisées à exercer leur profession.

Une bonne nurse reçoit un salaire assez élevé. Récemment, une Irlandaise engagea une nurse sur le taux de 300 francs par mois. C'est ce que gagne actuellement un médecin major de 2e classe !

Aux expositions canines, on voit des jeunes filles en costume de nurse, donner leurs soins empressés aux animaux de valeur.

Une annonce, parue il y a quelques jours, offrait un traitement de 1.500 francs par an, toutes dépenses payées, à une experte *nurse* de chiens.

Qu'on dise, après cela, que les toutous sont à plaindre.

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON 3, place Saint-André.

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-sixième année. N° 2 Dimanche 11 Janvier 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Mort de M. le Docteur JEANNE

Directeur du *Concours Médical*.

Le *Concours médical* vient d'être cruellement frappé. Son directeur, le Dr H. Jeanne, est mort subitement en pleine santé.

Aucune perte ne pouvait nous être plus sensible. Jeanne était l'âme du *Concours médical* où il exerçait sa direction sans que jamais elle n'eût à se faire sentir ; son autorité morale était telle qu'il eût semblé que nous pensions tous avec lui à l'unisson. Le corps médical et les médecins praticiens perdent avec lui un ami fidèle, un rude et habile défenseur, dont on ne connaîtra jamais l'étendue des services.

Sous le coup de l'émotion de ce deuil imprévu, il nous est impossible de rendre aujourd'hui à sa mémoire l'hommage qui lui est dû.

J. N.

PROPOS DU JOUR

La Célébration du Centenaire de Claude Bernard.

Devant le Chef de l'Etat, sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique, le Collège de France a, dans l'intimité de son amphithéâtre exigu, célébré le centenaire de Claude Bernard.

Cette cérémonie, quelque peu tardive, a eu lieu le 31 décembre dans l'après-midi, cinq mois et demi après le 12 juillet, date de la naissance du grand physiologiste. Encore quelques heures, et cette fête officielle n'aurait plus eu sa raison d'être !

Après notre confrère du *Progrès médical*, le Dr E. Mesnard, nous avions, le 24 août 1913, exprimé notre étonnement de voir la mémoire de Claude Bernard aussi négligemment oubliée par le monde officiel. Nous disons *notre étonnement* et non notre regret, car des gloires telles que celle de Cl. Bernard ne sauraient être accrues, ni diminuées par aucune manifestation humaine

Félicitons-nous néanmoins de l'hommage tardif rendu par le Collège de France au grand physiologiste ; nous y avons gagné quelques beaux et profonds discours et, à défaut de Claude Bernard, les hommes de science et de pensée de notre époque y auront peut-être appris quelque chose.

***

L'administrateur du Collège de France, M. Maurice Croizet, a du reste bien montré, dès le début de la cérémonie, en quoi consistait l'utilité de la célébration des centenaires :

Les centenaires, a-t-il dit, marquent des dates que nous n'avons pas le droit d'oublier. Ce sont en quelque sorte des points d'arrêt et d'observation qui s'offrent à nous dans le cours du temps et qui nous permettent de nous souvenir et de comparer. Et ces comparaisons, en se renouvelant à époques déterminées, nous donnent le moyen de mieux comprendre. Car les découvertes des hommes de génie ne sont pas des choses mortes, dont tous les résultats se seraient manifestés en une fois, et qui demeureraient ensuite stériles et muettes. Bien loin de là. Elles vivent après eux, comme douées d'une fécondité immortelle, et elles enfantent incessamment. Il est rigoureusement vrai que leur pensée se continue au delà de leur mort dans celle de leurs héritiers scientifiques ; et c'est souvent bien longtemps après qu'ils l'ont formulée eux-mêmes qu'elle laisse apparaître tout ce qu'elle contenait.

M. Maurice Croizet aurait pu ajouter qu'il était plus particulièrement nécessaire aujourd'hui de rappeler aux hommes qui s'occupent de sciences et se croient des savants, l'exemple de modestie, de conscience et de prudence que leur donna Claude Bernard.

Peut-on sans sacrilège comparer un instant le labeur silencieux et fécond de pareil génie, à la besogne bruyante et hâtive qui se brasse sans méthode et sans critique dans la plupart des officines de nos biologistes contemporains ?

Peut-on mettre en regard de la vie de Claude Bernard, isolé dans la cave qui lui servait de laboratoire, où il resta longtemps inconnu du grand public et même de la Cour impériale, l'existence tapageuse de ces pseudo-savants qui livrent aux cents bouches de la Renommée le moindre fait douteux paraissant donner quelque vraisemblance aux conceptions de leur fantaisie ?

Pour être célébrés, ces faux savants n'attendent pas un siècle, ils savent se faire tailler dans le marbre et couler dans le bronze même au cours de leur vie. Ceux qui ont cheminé dans leur ombre et qui vivent dans leur sillage ont hâte d'en tirer profit ; ils savent bien qu'en dépit des bronzes et des marbres, l'Oubli, grand niveleur, viendra le lendemain de leur mort faire son œuvre de justicier.

De leur vivant même, le public profane, instrument inconscient de la justice immanente, remet les choses au point ; les tapageuses et éphémères découvertes de nos pseudo-savants coudoyent de trop près dans la Presse les mirifiques annonces des marchands d'orviétan et de panacées, pour ne pas être confondues avec elles par le lecteur le plus avisé.

Aussi, pour nous, le grand intérêt de la célébration du centenaire de Claude Bernard n'a pas été seulement de permettre au grand philosophe, Henri Bergson, d'exposer l'influence de ce Maître sur l'esprit de son temps, mais de rappeler encore à sa saine méthode les chercheurs trop nombreux qui tendent aujourd'hui à s'en éloigner.

Certes, M. R. Viviani, le Pr Dastre, M. Henneguy et M. d'Arsonval ont su, dans leurs discours, éclairer d'un jour nouveau le front méditatif du génial physiologiste du Collège de France, mais M. Bergson s'est placé à un point de vue plus général et a su mieux que personne synthétiser l'œuvre du Maître.

***

Après avoir heureusement rapproché Descartes et Claude Bernard, et montré l'influence analogue qu'eurent sur leurs siècles respectifs le *Discours de la méthode* et l'*Introduction à la Médecine expérimentale*, M. Bergson a exposé clairement en quoi consiste cette méthode expérimentale.

La pensée constante de Claude Bernard, dans son *Introduction*, a été de nous montrer comment le fait et l'idée collaborent à la méthode expérimentale. Le fait, plus ou moins clairement aperçu, suggère l'idée d'une explication : cette idée, le savant demande à l'expérience de la confirmer ; mais tout le temps que son expérience dure, il doit se tenir prêt à abandonner son hypothèse ou à la remodeler sur les faits. La recherche scientifique est donc un dialogue entre l'esprit et la nature. La nature éveille notre curiosité ; nous lui posons des questions ; ses réponses donnent le plus souvent à l'entretien une tournure imprévue, provoquent des questions nouvelles auxquelles elle réplique en suggérant de nouvelles idées, et ainsi de suite indéfiniment. Quand Claude Bernard décrit cette méthode, quand il en donne des exemples, quand il rappelle les explications qu'il en a faites, tout ce qu'il expose nous paraît si simple et si naturel, qu'à peine était-il besoin, semble-t-il, de le dire : nous croyons l'avoir toujours su. C'est ainsi que le portrait peint par un grand maître peut nous donner l'illusion d'avoir connu l'original.

M. Bergson démontre combien est fausse l'idée qui assimile les expérimentateurs à des accumulateurs de faits, relatés au hasard et réunis sans liens, jusqu'au jour ou un vrai savant, une haute intelligence survient et « s'emparant de ces faits et les rapprochant les uns des autres, s'élève ainsi à des lois de plus en plus hautes. »

Généraliser, a dit avec beaucoup de sens M. H. Bergson, n'est pas utiliser pour je ne sais quel travail de condensation, des faits déjà recueillis, déjà notés. La synthèse est tout autre chose. C'est moins une opération spéciale qu'une certaine force de pensée, la capacité de pénétrer à l'intérieur d'un fait qu'on devine significatif et où l'on trouvera l'explication de beaucoup d'autres. Bref, l'esprit de synthèse n'est qu'une plus haute puissance de l'esprit d'analyse.

Cette conception de la recherche scientifique diminue singulièrement la distance que nous avons coutume de nous représenter entre le maître et l'apprenti. Elle ne nous permettra plus de distinguer deux catégories de chercheurs, dont les uns ne seraient que des manœuvres tandis que les autres auraient pour mission d'inventer. L'invention devra être partout, jusque dans la plus plus humble recherche de fait, jusque dans l'expérience la plus simple. Là où il n'y a pas un effort personnel, et même original, il n'y a même pas un commencement de science. Telle est la grande maxime pédagogique qui se dégage de l'œuvre de Claude Bernard.

Cette observation de M. Bergson était d'un singulier à-propos, car peu après, M. R. Viviani dans un très éloquent discours, a été bien près de tomber dans cette erreur, quand il a dit :

Je ne ferai pas éclater en ce lieu une parole sacrilège en disant qu'autant que le génie, j'admire le labeur obscur des milliers d'hommes inconnus dont le nom ne scintille pas dans l'Histoire, *mais dont les efforts anonymes permettent au génie lui-même de s'épanouir.*

Et quand plus loin, il s'est écrié :

Si les représentants les plus hauts du savoir humain ont pu triompher dans le monde, c'est parce qu'*ils ont pu s'appuyer sur ces abnégations collectives*, comme le chef militaire s'appuie sur les sacrifices anonymes consentis fièrement à la patrie.

M. Bergson n'a pas eu certes l'idée de considérer comme inutiles les recherches des savants plus humbles dont la Renommée ne consacre pas le mérite, et qui apportent néanmoins leur tribut à la science.

Qui d'ailleurs saurait dire quelle sera l'importance de la découverte scientifique qui a passé tout d'abord inaperçue ? Faut-il rappeler que le principe de Carnot, aujourd'hui devenu une des lois fondamentales de la thermodynamique, fut absolument méconnu en 1824, époque à laquelle il fut énoncé, et resta en fait ignoré ou dédaigné pendant plus d'un demi-siècle ?

M. Bergson a démontré, avec Claude Bernard, que le savant de génie ne s'épanouissait pas aux dépens des *efforts anonymes* et ne tr iomphait pas en s'appuyant sur des *abnégations collectives*, mais que le savant qui observe, quels que soient sa valeur et le résultat de ses recherches, est un peu comme l'artiste qui sait représenter, avec plus ou moins d'habileté, l'idée qu'il a conçue.

En un mot, il n'y a pas, en science, des manœuvres et des ingénieurs, et toute utilisation des travaux antérieurs exige des chercheurs qui veulent en tirer une loi nouvelle, de nouvelles observations et de nouvelles expériences personnelles.

Mais il est un écueil qu'il convient d'éviter surtout en science, c'est l'idée préconçue, c'est le système. « La philosophie et la science, a dit Claude Bernard, ne doivent point être systématiques ». M. Bergson profite de cette citation pour faire, en manière de péroraison, un remarquable exposé de ce que doit être la philosophie de l'avenir.

La philosophie, dit-il, ne doit pas être systématique ! C'était là un paradoxe à l'époque où Claude Bernard écrivait et où l'on inclinait, soit pour justifier l'existence de la philosophie, soit pour la proscrire

à identifier l'esprit philosophique avec l'esprit de système. C'est une vérité cependant, et une vérité dont on se pénétrera de plus en plus à mesure que se développera effectivement une philosophie capable de suivre la réalité concrète dans toutes ses sinuosités. Nous n'assisterons plus alors à une succession de doctrines dont chacune, à prendre ou à laisser, prétend enfermer la totalité des choses dans des formules simples. Nous aurons une philosophie unique, qui s'édifiera peu à peu à côté de la science, et à laquelle tous ceux qui pensent apporteront leur pierre. Nous ne dirons plus : « La nature est une, et nous allons chercher, parmi les idées que nous possédons déjà, celle où nous pourrons l'insérer. » Nous dirons : « La nature est ce qu'elle est ; et comme notre intelligence qui fait partie de la nature, est moins vaste qu'elle, il est douteux qu'aucune de nos idées actuelles soit assez large pour l'embrasser. Travaillons donc à dilater notre pensée ; forçons notre entendement ; brisons, s'il le faut, nos cadres, mais ne prétendons pas rétrécir la réalité à la mesure de nos idées, alors que c'est à nos idées de prendre mesure sur la réalité. » Voilà ce que nous dirons, voilà ce que nous ferons.

Mais en avançant de plus en plus loin dans la voie où nous commençons à marcher, nous devrons toujours nous rappeler que Claude Bernard a contribué à l'ouvrir. C'est pourquoi nous ne lui serons jamais assez reconnaissants de ce qu'il a fait pour nous. C'est pourquoi aussi nous n'hésitons pas à saluer en lui, à côté du physiologiste de génie qui fut un des plus grands expérimentateurs de tous les temps, le philosophe qui aura été un des maîtres de la pensée contemporaine.

Oui, l'influence de Claude Bernard dépasse le cadre de la physiologie et de la biologie ; elle s'étend par le déterminisme scientifique à tout ce qui relève de la pensée humaine. M. R. Viviani, en la célébrant, a montré quel rôle elle devait jouer en législation et en sociologie ; nous qui, dans notre cadre restreint, nous efforçons de faire œuvre sociologique, qui dans nos Sociétés d'études et dans nos Syndicats, élaborons et parfois expérimentons les projets destinés à modifier nos conditions d'existence et à améliorer l'avenir de notre profession, ne perdons pas le souvenir des leçons de Claude Bernard, ne bâtissons pas nos projets dans les nuées de nos illusions. En poursuivant l'étude de notre organisation prochaine, suivons le conseil que le philosophe Bergson a puisé dans l'œuvre de Claude Bernard : *ne prétendons pas rétrécir la réalité à la mesure de nos idées, alors que c'est à nos idées de prendre mesure sur la réalité.*

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôtel-Dieu de Lyon : Service de M. le Professeur Pic.

Traitement de l'angine de poitrine [1].

On a tendance à admettre, et à tort, que l'angine de poitrine constitue un symptôme et une maladie en elle-même. On connaît bien le traitement de l'accès d'angine de poitrine, mais on oublie que cet accès n'est qu'une manifestation d'une maladie générale ; bien souvent on néglige de suivre ses malades après une crise ; on ne sait les retenir suffisamment loin de leurs occupations ordinaires, et en laissant de côté chez eux la période qui succède à l'accident aigu, on est en partie responsable de la réapparition de semblables accidents et de complications qui, dans bien des cas, pourraient être évitées par une judicieuse thérapeutique.

(1) Leçon recueillie par M. Joseph Martin, interne du service.

Certains points du traitement de l'angine de poitrine méritent donc d'être précisés.

Le syndrome clinique est caractéristique. On a affaire le plus souvent à un homme d'âge moyen qui, jusqu'alors, n'a présenté aucun accident pathologique ; c'est un bon vivant qui toujours a fait bonne chère, ou bien encore, un surmené du cerveau. Un jour, marchant contre le vent, ou bien à l'occasion d'un effort, il se sent brusquement arrêté, comme cloué sur place, par une douleur constrictive terrible, au niveau du manubrium et dans le bras gauche ; il éprouve une sensation d'angoisse et d'anxiété indéfinissables, il sent que la mort est imminente. Souvent il pâlit, et succombe en quelques secondes. Bien des fois, il se recolore peu à peu, le douleur disparaît insensiblement, et lentement, tout rentre dans l'ordre.

La crise pourra être unique, ce qui est peu fréquent ; le plus souvent, elle se reproduira, quelques heures, quelques jours ou quelques mois après, pour aboutir à un véritable état de mal et à la mort.

La mort subite survient chez à peu près 77 % des malades atteints d'angine de poitrine. La

renommée déplorable dont jouit pareille affection est facilement compréhensible ; aussi, jamais le mot d'angine de poitrine ne devra-t-il être prononcé devant un sujet atteint de cette redoutable maladie.

Mais 25 à 30 % des cas d'angines de poitrine vraies sont susceptibles de guérison ; le médecin ne devra donc pas rester bras croisés, mais mettre en jeu toutes les ressources de la thérapeutique pour combattre ce mal.

Dans sa forme vraie, l'angor pectoris est due à de l'artérite ou à de l'aortite ; bien souvent, elle survient à l'occasion d'une poussée subaiguë d'artérite généralisée. On ne peut, bien entendu, espérer redonner à de pareilles artères leur souplesse ni leur élasticité ; mais on peut atténuer l'inflammation vasculaire, et provoquer une transformation d'artérite aiguë en une sorte d'artério-sclérose banale.

Mais le syndrome angine de poitrine ne relève pas seulement de lésions artérielles des parois du cœur ; il peut accompagner l'endocardite rhumatismale, la myocardite aiguë, surtout la péricardite, et semble dû alors à une névrite du plexus cardiaque.

Dans d'autres cas, la simple névralgie cardiaque ou le spasme des coronaires provoquent la crise douloureuse ; on a alors affaire à ces fausses angines de poitrine que l'on rencontre dans le traumatisme, dans les affections abdominales, en particulier dans les affections utérines, dans les auto-intoxications (goutte, diabète), dans le tabagisme. Les maladies infectieuses, telles que le paludisme, peuvent aussi donner de semblables crises, mais c'est alors par un processus vasculaire, plutôt que névralgique (Lancereaux).

Enfin, il existe des angines de poitrine névrosiques, qu'on observe chez les hystériques, à l'occasion d'une auto-intoxication le plus souvent. Ce sont des névralgies fugaces qui guérissent toujours et très rapidement.

Les tabétiques aussi peuvent présenter des crises d'angor ; mais ces crises sont alors fonction de la coronarite qui accompagne, chez eux, l'aortite spécifique, si fréquente chez de tels malades ; elles n'ont donc pas une origine névrosique.

Les fausses angines de poitrine ont certains caractères cliniques qui permettent de les différencier des angines de poitrine vraies ; elles surviennent plus fréquemment chez la femme que chez l'homme, plus souvent la nuit que le jour ; les malades éprouvent une sensation de poids plutôt que de douleur vraie, cette gêne siégeant franchement dans la région précordiale. La dyspnée existe dans bien des cas, contrairement à l'angine vraie où jamais on ne l'observe. Enfin, la durée de la fausse angine est plus longue — et une terminaison heureuse en est l'aboutissant.

Son traitement sera aisé.

Si on diagnostique une fausse angine de poitrine d'origine névrosique, on prescrira au sujet une médication calmante immédiate. On lui fera prendre, par exemple, une potion qu'on formulera ainsi :

Sirop d'éther	ââ 30 gr.
Sirop de fleurs d'oranger........	
Eau distillée....................	60 gr.

On lui donnera par la suite de la valériane, et on conseillera la balnéothérapie tiède.

Si l'on croit à une intoxication (goutte, diabète ou urémie latente), on instituera le traitement causal.

Soupçonne-t-on à ces crises une cause tabagique, il faudra de suite supprimer le tabac qui peut donner des névralgies cardiaques, et du spasme des coronaires, et aussi des angines vraies par coronarite, les spasmes répétés pouvant aboutir à une altération de la tunique artérielle, comme l'a démontré le Professeur Lesieur.

Le traitement des fausses angines est relativement simple, en somme, et la cause une fois connue et supprimée, la guérison survient presque toujours.

Il n'en est pas de même pour les angines de poitrine vraies ; la tâche du médecin est alors beaucoup plus complexe.

Nous envisagerons le traitement au moment de l'accès, et entre les accès.

I.— *Traitement de l'accès d'angor pectoris vraie.* — Il faudra surtout lutter contre le spasme artériel. La médication vaso-dilatatrice trouvera là son indication formelle, et l'on emploiera avec succès le plus puissant des vaso-dilatateurs, le *nitrite d'amyle.* On fera faire des inhalations, trois fois répétées, à quelques minutes d'intervalle, de III gouttes de nitrite d'amyle versées sur un mouchoir. La face bien vite se recolore, le pouls devient meilleur, la douleur va en s'atténuant, le malade se sent soulagé et se croit guéri.

On peut encore employer d'autres vaso-dilatateurs et donner par exemple V à X gouttes de la solution de *trinitrine* au 1/100e ou bien 5 milligrammes de *tétranitrate d'érythrol* en comprimés, ou encore faire inhaler de la *pyridine* (XX gouttes). Si l'on n'a sous la main aucun de ces médicaments, on pourra soulager le malade en lui faisant respirer de l'*éther*.

Les douleurs éprouvées par le malade sont bien souvent si intenses que l'on se demande si l'on n'est pas autorisé à lui faire une injection de *morphine* ; si les accès sont isolés, il faudra d'abord essayer les autres moyens, la piqûre de morphine devant être considérée comme une ultime ressource, quand la douleur à elle seule arrive à constituer un danger de mort, ce qui se produit surtout dans l'état de mal angineux. Mais si l'on peut s'en passer, cela sera bien préférable, la morphine ne devant être donnée

qu'à son corps défendant, quand on aura la conviction que l'on ne peut faire quelque chose d'autre.

Mais on ne devra pas oublier qu'au cours de l'accès, du fait de la moindre vascularisation, le myocarde est en état de meiopragie. On devra donc éviter toute médication susceptible d'affaiblir le cœur. Or, il n'est pas douteux que l'opium diminue sa force contractile. L'opium sera donc contre-indiqué, mais on fera avec fruit des piqûres de *caféine* et d'huile *camphrée*, qui stimuleront l'activité cardiaque.

La morphine, avons-nous dit, sera donnée quand tout aura échoué. Un comprimé de 2 ou 5 milligrammes de *chlorhydrate d'héroïne* aura une action moins nocive que la morphine et produira un effet satisfaisant.

Enfin, on ne devra jamais négliger de faire inhaler aux malades de l'*oxygène*.

Sur la région précordiale, on pourra faire des pulvérisations de *chlorure de méthyle*, ou d'*éther*, avec l'appareil de Richardson. Dieulafoy préconisait le *sac de glace*, appliqué sur la région douloureuse.

Ces moyens thérapeutiques s'appliquent aux crises très aiguës. Dans les accès de moindre intensité, la douleur cède à des préparations moins actives d'ordre nervin. L'*antipyrine* (un cachet de 0.50 centigr.), la *phénacétine* (0 gr. 30 cent. également en cachets), le *chloral* (30 gr. de sirop par exemple), ont été préconisés, ainsi que l'*aconitine* qui présente toutefois l'inconvénient d'être très toxique pour le cœur.

Enfin les *courants faradiques* (Duchenne de Boulogne) et *galvaniques* ont été essayés sans grand succès.

II. *Traitement entre les accès.* — La crise une fois passée, le danger immédiat une fois conjuré, il ne faudra pas laisser le malade reprendre son existence normale. Ce serait là une lourde faute, et il ne faut pas oublier que le traitement consécutif de l'accès est au moins aussi important que le traitement de l'accès lui-même. Il faudra de toute nécessité traiter morbide qui entretient les crises.

Trois sortes d'agents lui seront opposés : *le repos, le régime, les moyens médicamenteux.*

1° *Le repos.* — Il est indispensable, et il devra être absolu. C'est lui cependant qu'on oublie le plus souvent. On conseille bien aux malades de se ménager pendant quelque temps, de ne pas trop se fatiguer. Mais cela est insuffisant. Il faut éviter tout travail inutile au cœur qui est déjà en état de moindre résistance. On devra donc prescrire le *repos absolu au lit*, pendant au moins quinze jours dans les cas les plus bénins. Puis, pendant les quinze jours suivants, on autorisera le malade à s'étendre sur sa chaise-longue — si son état paraît satisfaisant.

Pendant le deuxième et le troisième mois consécutifs à la crise d'angor, on règlera ainsi la vie de son malade : il se lèvera dix jours, restera couché cinq jours, se lèvera dix jours, puis se recouchera cinq jours, etc., de sorte qu'on peut prescrire par exemple :

Du 1er au 5 : lit.
Du 5 au 15 : lever.
Du 15 au 20 : lit.
Du 20 au 30 : lever.

Et cela, pendant deux mois.

Puis, ultérieurement, quand on aura obtenu une sédation complète, on pourra autoriser la malade à mener une existence calme, sans à-coup. La retraite définitive sera exigée, si le malade est dans les affaires ou exerce une fonction publique ou une profession manuelle.

2° *Le régime* est au moins aussi important que le repos. Pendant les périodes que le malade passera au lit, on le soumettra au *régime lacté* intégral. Puis, quand il se lèvera on lui fera suivre un *régime lacto-ovo-végétarien*, à condition qu'on n'ait aucun doute sur sa perméabilité rénale, auquel cas le régime lacté devra être continué. On interdira absolument la viande, — ainsi que le vin, la bière, les liqueurs, bien entendu. L'eau rougie devra même être proscrite, et si le malade ne peut boire de lait, on ne l'autorisera qu'à prendre de l'*eau* pure comme boisson.

Enfin le tabac sera interdit, même s'il ne paraît pas avoir eu une cause favorisante sur l'accès d'angor.

3° *Les médicaments* seront d'usage interne et d'usage externe.

a) *Les médicaments pour l'usage interne* pourront être de trois ordres :

Médicaments spécifiques
Médicaments vaso-dilatateurs ;
Médicaments sédatifs.

Médicaments spécifiques. — Ils seront indiqués dans bien des cas.

L'angine de poitrine vraie pour R. Tripier serait toujours d'origine syphilitique. Cette opinion, admise après lui par beaucoup d'auteurs, est vraie dans l'immense majorité des cas. Cependant, on voit des angines de poitrine vraies en dehors de la syphilis, et l'observation suivante paraît être un de ces exemples. Au lit 21 de la salle Ste-Marguerite est couché un homme de 62 ans qui exerce la profession de mécanicien. Son père est mort d'affection indéterminée. Sa mère est morte à 58 ans d'oppression. Il a une sœur qui vit et qui est souvent en proie à des crises de dyspnée.

Il n'est absolument pas alcoolique ; il nie formellement toute maladie vénérienne (une réaction de Wassermann pratiquée dans le laboratoire du Prof. Guiart a été complètement négative).

Il eut à 14 ans une fièvre typhoïde. A 20 ans, il fit deux séjours à l'Hôtel-Dieu pour des points pleurétiques. Il y a 7 ans, il eut une fluxion de poitrine qui dura un mois. Il y a deux ans, enfin, il eut une congestion pulmonaire; c'est depuis lors que se sont développés des accès typiques d'angine de poitrine caractéristique.

La radioscopie montre des sommets un peu gris et une aorte légèrement dilatée.

L'auscultation révèle d'ailleurs une induration manifeste des sommets. Notre malade est un bacillaire fibreux qui a fait de l'emphysème de compensation. C'est de plus un grand athéromateux ; il a les temporales saillantes, les radiales très dures, avec une forte hypertension, son aorte est dilatée.

La syphilis, avons-nous dit, n'est pas la seule cause d'angine de poitrine. Toutes les artérites ne sont pas en effet syphilitiques, il en est qui sont dues au tabac, à l'alcool, à la goutte, au diabète, au paludisme, même à la tuberculose.

Mais cette notion de la syphilis, à la base de toute manifestation angineuse vraie, a influencé considérablement le traitement de cette sorte d'accidents cardiaques et a suggéré aux thérapeutes l'idée du *traitement ioduré*.

Entre les mains de Potain et de Huchard, le traitement par l'iodure a produit des merveilles. Et on obtient d'heureux effets en donnant pendant six mois, avant les repas de midi et du soir, 0 gr. 50 cent à 1 gr. d'iodure de potassium ou de sodium.

C'est avec la même idée directrice que l'on a traité les angineux par le mercure, voire même par le 606.

Aux goutteux, on donnera de la *lithine* et du *salicylate de soude*.

La médication spécifique de la tuberculose pourra être essayée, dans les cas relevant de cette cause.

Médicaments vaso-dilatateurs. — C'est encore l'*iodure de potassium* que l'on prescrira pour provoquer la vaso-dilatation, et comme favorisant la phagocytose, mais à condition de n'avoir pas affaire à un tuberculeux en évolution, ou à un malade ayant un rein insuffisant.

Si l'iodure n'est pas toléré, on donnera V gouttes par jour, aux repas, de *teinture d'iode* (Grasset), ou encore une quelconque des nombreuses combinaisons organiques de l'iode.

Mais la médication iodée ne devra pas être poursuivie indéfiniment ; pendant vingt jours par exemple le malade prendra de l'iodure de potassium et pendant dix jours de la *trinitine*. On formulera :

Solution alcoolique de trinitrine à 1/100	XXX gout.
Eau distillée	300 gr.

3 cuillerées à soupe par jour, une heure avant chaque repas, dans un peu d'eau et de sirop d'écorce d'oranges amères. On recommandera en outre au malade de rester étendu après avoir ingéré ce médicament. C'est parce que la trinitrine n'agit que passagèrement qu'il est indiqué de la donner en plusieurs fois, — et c'est parce que l'accoutumance est de règle qu'on n'en prolongera l'usage que pendant dix jours. Au moindre accident (céphalée par exemple), il faudra de suite suspendre ce médicament.

On la remplacera alors par le *tétranitrol*, dont l'action peut être plus longtemps prolongée et qu'on peut donner en comprimés, ou mieux, en solution :

Tétranitrol	0 gr. 10
Alcool à 60°	20 cc.

IV gouttes par jour.

On pourra encore donner la potion suivante :

Nitrate de soude	0 gr. 40
Nitrate de potasse	4 gr.
Sirop de fleurs d'oranger	60 gr.
Eau q.s.p.	200 gr.

3 cuillerées à soupe par jour.

L'usage du *gui* a été préconisé par Chevalier t René Gaultier.

Médicaments sédatifs ou nervins. — Ils sont extrêmement importants quelle que soit la cause de l'angor pectoris. A la cause première se surajoute toujours un élément nerveux qui justifie l'usage de préparations sédatives. On donnera surtout du *bromure de potassium* ou du *bromure de strontium* (solution à 10/200, une cuillerée à soupe dans une infusion de tilleul, à neuf heures du soir pendant vingt jours par mois). Les dix autres jours, le malade prendra de la *valériane* ; intrait de valériane, 2 à 3 cuillerées par jour ; sirop de valériane 60 grammes, ou l'un quelconque des composés de la valériane.

d) *Les médicaments pour l'usage externe* ont une très grande utilité. Il faut savoir en effet que l'élément inflammatoire joue un grand rôle dans la production de la crise d'angor. Les autopsies permettent de trouver des coronaires presque complètement oblitérées sans que les sujets aient présenté durant leur vie de l'angine de poitrine, tandis que, par contre, d'autres sont morts d'angine, à l'autopsie desquels on n'a trouvé que de minimes lésions coronariennes ; tout dépend pour la prodution de la crise de l'état d'inflammation périlésionnelle (Bard). Pour qu'il y ait phénomènes angineux il faut qu'à la sclérose coronaire soit ajoutée de la coronarite.

L'élément inflammatoire est donc de la plus haute importance, et c'est par la *révulsion* qu'on luttera contre lui.

On pourra, deux fois par semaine, faire un badigeonnage de la région précordiale à la *teinture d'iode*, appliquer un *vésicatoire*, si le sujet n'a

pas d'albumine dans les urines, ou bien encore faire quelques *pointes de feu,* à ce niveau.

La *frigothérapie* par la vessie de glace, si elle est bien tolérée, donnera de bons résultats.

Et là encore, *le repos* sera une partie intégrante de la médication antiphlogistique.

Et si par ces divers moyens on est arrivé à améliorer son malade, il faudra par la suite instituer chez lui le traitement de l'athérome et de l'artério-sclérose, veiller attentivement sur son cœur, car de tels malades étaient au début des artériels et sont devenus cardiopathes.

C'est alors qu'on devra donner de la *digitale,* de la *caféine.*

Mais à aucun moment, il ne faudra se réjouir d'une amélioration que ne sera trop souvent que passagère ; jusqu'au bout persiste la menace de mort.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Traitement des plaies du cœur. — La canule de Dufourmentel. — Abcès amibien du cerveau opéré. — Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

A la *Société de chirurgie,* M. Potherat reprend la discussion, ouverte antérieurement, sur *le traitement des plaies du cœur.*

Deux points principaux, dit-il, sont à examiner dans cette grave question des plaies de cœur :

1° Doit-on intervenir dans les plaies du cœur ?

2° Quel mode d'intervention adopter ? Faut-il drainer ou ne pas drainer ?

Sur le premier point, les statistiques complètes seules pourront nous renseigner. On a plutôt tendance à publier les cas heureux que les cas malheureux. Pour ce qui concerne le drainage, il sera utile dans certaines circonstances.

M. Lenormant a opéré deux blessés atteints de plaie du cœur et tous deux ont succombé. Ce qui rend la conduite embarrassante, c'est l'incertitude des symptômes. Si nous étions en possession de signes physiques ou fonctionnels, permettant d'affirmer à coup sûr la lésion de tel ou tel organe, la question si controversée du traitement d'urgence des plaies de poitrine se trouverait résolue. Pour M. Lenormant, l'intervention est la seule ressource lorsque le cœur est atteint et l'expectation doit être la règle quand le poumon est seul blessé. Malheureusement, le diagnostic de la lésion anatomique demeure actuellement très imparfait. Les symptômes subjectifs immédiats sont trompeurs. Ils sont parfois impressionnants pour des traumatismes légers. Ils peuvent faire défaut avec des lésions graves, avec des plaies du cœur. Ils n'acquièrent de signification que par leur aggravation progressive. Les signes physiques n'ont pas, non plus, de certitude. Le syndrome classique des plaies du cœur, qui est celui de l'hémopéricarde (augmentation de la matité cardiaque, éloignement des bruits du cœur, affaiblissement du pouls) n'a rien d'absolu. La disparition des bruits du cœur, par exemple, peut exister sans lésion de cet organe. De même, avec une lésion du cœur, s'il y a communication avec la plèvre, on peut avoir des signes d'hémothorax, et non d'hémopéricarde. Tout cela laisse souvent place à l'incertitude.

M. Robineau cite un cas de plaie du cœur où il est intervenu. Le diagnostic a été porté d'après certains signes imprécis de compression cardiaque. Le blessé a guéri. M. Robineau s'appuya sur la pâleur extrême de son malade pour diagnostiquer une compression du cœur.

M. Savariaud s'est basé sur le même phénomène (pâleur intense du blessé) pour intervenir et l'événement lui donna également raison. Il croit que c'est là (en l'absence d'hémorragie considérable) un bon indice de compression du cœur.

M. Pierre Delbet signale un cas de M. Henri Lerat (de Nantes) de plaie du cœur par coup de couteau. Les symptômes furent ceux d'un hémopéricarde sans hémothorax. M. Lerat intervint une heure après la blessure : il trouva une perforation du ventricule droit, qu'il sutura. La malade guérit.

M. Lecène a pratiqué également une suture du cœur, suivie de guérison. La malade s'était tiré une balle de revolver au niveau du sein *droit.* Se basant surtout sur les modifications du pouls (pouls filiforme à la radiale, faible à la fémorale avec rythme particulier consistant en pulsations avortées coupées de temps à autre par une pulsation forte), M. Lecène pensa à une plaie du cœur avec hémopéricarde comprimant cet organe, malgré l'éloignement du point de pénétration (à droite) de la balle. Les bruits du cœur étaient assourdis, mais la matité cardiaque ne paraissait pas augmentée. L'opération consista en suture de la plaie cardiaque, sans drainage, La malade guérit rapidement, conservant toutefois la balle dans la cavité ventriculaire droite où elle reste mobile, comme l'a montré la radioscopie.

— M. Sébileau présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur l'emploi de la canule *de Dufourmentel* dans le traitement des sténoses laryngées.

Les malades qu'on est obligé de trachéotomiser pour une affection sténosante du larynx éprouvent, de ce fait, un double inconvénient : ils sont incapables de parler d'une part, et d'autre part, la présence de la canule dans la trachée détermine une aggravation de la sténose.

M. Dufourmentel a imaginé une canule destinée à amoindrir ces inconvénients. L'appareil de Dufourmentel se compose d'une canule fenêtrée en haut de sa partie convexe. Dans la fenêtre vient passer un tube droit formant cheminée mobile et pouvant être déplacé verticalement, à l'aide d'un mécanisme commandé à la partie extérieure de la canule. Grâce à cette cheminée mobile, la canule Dufourmentel est une canule parlante. Elle agit aussi comme agent de dilatation rétrograde, de bas en haut, des sténoses de la partie supérieure de la trachée et du larynx.

— M. Jacob lit à la *Société de chirurgie* un rapport sur une observation de M. Hermann Legrand (d'Alexandrie), relative à un *abcès amibien du cerveau opéré.*

L'abcès amibien du cerveau est une complication assez rare de la dysentérie. M. Jacob, dans un travail paru en 1911, avait estimé sa fréquence à 2 p. 100 environ des cas d'hépatite suppurée amibienne.

Chez son malade, M. Legrand a fait le diagnostic d'abcès du cerveau et est allé, par la trépanation, à la recherche de la collection purulente. Il ne l'a pas trouvée. D'ailleurs, sur les 44 cas d'abcès amibiens du cerveau publiés jusqu'à ce jour, 3 fois seulement la trépanation a été pratiquée. Dans un cas unique (cas de Jacob), la collection a été rencontrée. Tous les malades ont succombé.

M. Jacob pose la question : le nouveau traitement de l'infection amibienne par l'émétine est-il susceptible d'améliorer ce pronostic ? Il est difficile de le dire. Il semble aujourd'hui, que l'émétine n'a pas, contre l'infection amibienne, l'action absolument héroïque qu'on lui avait tout d'abord attribuée. M. Dopter a vu des abcès du foie se développer chez des malades dont la dysenterie avait disparu sous l'influence de l'émétine. Toutefois, l'abcès du foie fut alors moins virulent, à pus plus liquide, moins hémorragique ; sa guérison, après ouverture de la poche, fut beaucoup plus rapide. Peut-être aussi, le traitement par l'émétine, sans empêcher la formation de l'abcès cérébral, le rendra-t-il moins virulent et de guérison plus accessible.

— A la réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier du 3 décembre 1913, les communications suivantes ont été faites :

M. Tédenat. — L'auteur rapporte trois cas d'*inversion utérine*, les deux premiers, d'origine obstétricale, le dernier observé en dehors de la gravidité.

Dans la première observation, l'inversion se produit à la suite d'un effort au dixième jour après l'accouchement. La réduction peut être obtenue quinze heures après l'accouchement par des manœuvres combinées, abdomino-recto-vaginales. La seconde a trait à une inversion qui accompagne la délivrance. Les deux myomes insérés au fond de l'utérus qui l'avaient provoquée furent aisément énucléés, et après réfection de la paroi, la réduction fut faite. Deux ans après, accouchement normal.

Le dernier fait se rapporte à une vierge de 41 ans, chez qui l'inversion fut causée par un fibrome à insertion fondale. Après énucléation de la tumeur, les manœuvres de réduction sont infructueuses ; craignant une solution de continuité dangereuse au lieu d'implantation du myome, l'hystérectomie est pratiquée aussitôt.

Discussion : M. Forgue, après avoir rappelé l'observation d'inversion utérine polypeuse et totale, en résume ainsi le mécanisme : insertion fondale du polype et descente intra-utérine, s'accompagnant de dilatation cavitaire et de ramollissement de la paroi ; la conduite à tenir variera nécessairement selon le degré de l'inversion, son ancienneté et aussi l'âge de la malade.

M. Puech pense que, même chronique, l'inversion d'origine obstétricale peut être corrigée par des moyens de douceur, tel ce cas qu'il a publié en 1892, où une inversion datant de 8 mois se réduisit sous l'action d'un pessaire à air laissé en place pendant 24 jours.

M. Vallois en a pour son compte observé deux cas ; il croit cet accident moins rare qu'on le dit généralement. Il pense que le mécanisme en est identique, quelle qu'en soit la cause.

2° M. de Rouville. *Kyste dermoïde bilatéral ovarien à symptomatologie hémorragique.* — Femme de 38 ans chez laquelle d'abondantes hémorragies avaient fait diagnostiquer un fibrome utérin. D'ailleurs aucun autre trouble, et, plus spécialement, aucun phénomène douloureux.

A l'intervention, kyste dermoïde bilatéral, celui du côté droit inclus dans le ligament large, et dont le contenu avait en grande partie détruit la substance ovarienne.

L'auteur, rapprochant de ce cas l'extrême fécondité observée chez certains sujets porteurs de kystes ovariens, et que l'on a expliquée par une anormale excitation de la sécrétion ovarienne, se demande s'il ne faut pas chercher dans le même facteur la cause des hémorragies profuses ici observées.

L'examen histologique des pièces semblait cependant peu favorable à cette conception pathogénique.

Discussion : M. Tédenat pense que les métrorragies ne sont pas rares dans les affections inflammatoires ou néoplasiques des annexes, sans lésions concomitantes de l'utérus.

M. de Rouville a observé plusieurs cas de lésions annexielles où l'abondance des métrorragies avait fait porter le diagnostic du fibrome. L'étude des commémoratifs et l'hystérométrie avaient permis, dans la plupart des cas, d'éviter l'erreur.

3° M. Puech. *Hémorragie rétro-placentaire silencieuse.* — A l'encontre de la symptomatologie pratique classique et habituellement bruyante du décollement du placenta normalement inséré, l'auteur rapporte un cas d'hémorragie placentaire, assez prononcée pour amener la mort du fœtus, sans le moindre retentissement sur l'état général de la mère.

A noter, dans l'observation, que l'examen des urines pratiqué à plusieurs reprises, n'a jamais décelé la présence d'albumine. Aucun traumatisme causal ne peut être invoqué. L'hémorragie externe et silencieuse qui se produisit aurait plutôt laissé supposer un placenta prævia.

Discussion : M. Vallois souligne que dans plusieurs cas analogues qu'il lui fut donné d'observer, malgré l'abondance de l'hémorragie, le pouls de la femme ne dépassa pas 80 pulsations.

M. de Rouville rapporte à ce sujet l'opinion de Finsterer, de Vienne, à laquelle cependant les exriences de Roubakow ne sont pas favorables.

4° M. Paul Delmas. — *Opération césarienne vaginale après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin rachitique aplati.* — Chez une rachitique à bassin plat, dont le diamètre minimum mesure 8 cm. 5, on tente de provoquer à 8 mois et quart l'accouchement par des bougies de Krause. Par trois fois, ce moyen ne donne aucun résultat.

L'extrait hypophysaire se montre tout aussi infidèle dans son action sur l'utérus, quoique son efficacité se montre indiscutable sur les autres organes à fibres musculaires lisses.



La rupture prématurée des membranes, l'infection amniotique et la souffrance du fœtus contraignent à terminer sans retard. La rigidité absolue du col ne permet pas sa dilatation par des procédés obstétricaux ; l'infection fait rejeter la voie haute. C'est donc à la césarienne Dursshen que l'auteur a recours avec plein succès.

Cette intervention lui paraît d'un précieux secours en milieu hospitalier. Il hésiterait par contre à l'entreprendre dans la pratique urbaine.

Discussion : M. de Rouville ne fait pas siennes toutes les réserves de l'auteur. Les difficultés de cette opération lui sont communes avec toutes celles entreprises par la voie vaginale.

M. DE ROUVILLE. — *Un cas d'autogreffe ovarienne double.* — Après avoir été d'abord complètement réglée, une jeune femme qui avait subi une autogreffe ovarienne double présente d'abord des ménorragies, puis des métrorragies si abondantes que les greffons doivent être enlevés dix-huit mois après. Ménopause chirurgicale correcte et disparition de tout écoulement sanguin, ce qui prouve bien que chez elle toutes les pertes rouges étaient sous la dépendance unique des greffons et non d'un reliquat d'ovaire laissé dans la cavité pelvienne au cours de l'intervention.

Histologiquement, les greffons avaient conservé leur structure normale à l'exception des cellules interstitielles disparues presque complètement.

Paul DELMAS.

THÉRAPEUTIQUE

La réflexothérapie et ses applications (1).

Par le Dr JAWORSKI.

Depuis des siècles que le corps humain est étudié, il semblerait naturel de penser qu'il est complètement connu. Il s'en faut de beaucoup et il est surprenant de découvrir, à notre époque, d'aussi énormes lacunes dans nos connaissances.

On a vraiment beaucoup de peine à penser qu'une chose aussi capitale que celle dont je vais vous parler a pu passer inaperçue jusqu'à présent, ou que du moins, si on l'a aperçue parfois, cela n'a servi à rien. Et cette chose si primordiale dans l'organisme, c'est en réalité, la vie ellemême.

En effet, qu'est-ce que vivre ?

Vivre, direz-vous, avant tout, c'est sentir.

C'est cela et c'est plus ; vivre, ce n'est pas seulement sentir, c'est transformer la sensation en mouvement. Vous voyez que la machine humaine n'est pas si différente des autres machines que nous connaissons :

La locomotive transforme la chaleur du charbon en mouvement, le dynamo le mouvement en électricité ; — nous, nous transformons les sensations en mouvements : cette transformation, c'est justement ce qui constitue un acte reflexe. Ces réflexes peuvent se produire non seulement d'innombrables façons, mais se font simultanément, de sorte que notre vie n'est qu'une succession infinie de réflexes enchevêtrés.

Vous savez ce qu'est le cœur ?

C'est un muscle. Bien entendu c'est un muscle, mais un muscle creux, dont la propriété essentielle est de se contracter et de réagir au contact du sang. Cette contraction, voilà le réflexe cardiaque.

Entre deux digestions, l'estomac est en état complet de repos ; mais dès qu'un aliment tombe sur la muqueuse gastrique, aussitôt, par action reflexe, les vaisseaux vont se dilater, l'organe se congestionner, les glandes vont secréter et un abondant liquide (le suc gastrique) inondera cet aliment.

Tous les phénomènes digestifs sont des actes reflexes.

Pour la respiration, il en est de même et en général pour tous les actes de la vie organique.

Cette jeune fille qui rougit là-bas, sa rougeur est un réflexe. Cette paupière qui bat, c'est encore l'effet d'un réflexe, si bien que le cœur bat, les poumons respirent, l'estomac digère, le visage rougit, et la paupière cligne tout à la fois. Vous voyez donc qu'au même moment, la vie se traduit par une multiplicité de réflexes simultanés.

Ce mot « réflexe », dont tant de personnes m'ont demandé et me demandent encore journellement la signification, vient du mot latin « reflectere — réfléchir ». Comme un rayon de lumière se réfléchit sur un miroir, la sensation se réfléchit dans l'organisme et se transforme en mouvement. Scientifiquement, le réflexe est une réaction motrice inconsciente et involontaire de la sensation. C'est une sorte de contre-coup,

(1) Cette conférence, qui a été faite à l'Hôtel des Sociétés savantes devant un public qui n'était pas exclusivement médical (ce qui explique quelques détails qui nous paraîtraient inutiles), ouvrira un vaste champ à l'observation des praticiens.

La méthode de la réflexothérapie ne saurait étonner ceux qui ont coutume d'observer. La révulsion sur la peau du thorax, qui n'a aucune connexion directe avec les bronches et les poumons ni le cœur, et dont les effets dans les affections de ces organes ne sauraient être discutés, n'est-elle pas le plus bel exemple de réflexothérapie ? Le Dr Jaworski a le mérite indiscutable d'appliquer méthodiquement des constatations empiriques et de chercher à faire entrer la réflexothérapie dans le domaine de la thérapeutique scientifique ; c'est pour cela que nous publions sa conférence, convaincus qu'elle peut être très utile aux médecins praticiens. J. N.

quelque chose d'analogue à la résonnance, mieux encore, à l'écho qui s'éveille au moindre bruit et lui répond.

Les réflexes sont aussi la cause de la solidarité des organes entre eux ; tout l'organisme étant relié de tous côtés par des fils innombrables, il en résulte qu'une violence quelconque exercée sur une partie du corps se répercute partout, mais de préférence en certains points.

Le réflexe, comme l'écho, a son foyer de répercussion et il est souvent là où on s'y attend le moins.

Les anciens, qui étaient d'excellents observateurs, avaient constaté cette répercussion sans l'expliquer et lui avaient donné le nom de « sympathie ». Mot d'origine grecque dont l'étymologie signifie sentir, souffrir avec, en même temps, simultanément. Le sens de ce mot est donc bien la traduction littérale de ce que je viens de vous expliquer, puisqu'il veut dire ressentir avec, ressentir ensemble.

Comme il y a des sympathies entre les nations, ou des sympathies entre les personnes, il existe aussi des sympathies entre les organes, mais elles sont plus vibrantes et plus profondes quand l'organisme est malade.

Heureusement que nous n'avons parlé que de sympathie, parce que s'il s'agissait de la douce et cruelle maladie si connue de tous et qui s'appelle « l'amour », nous n'en sortirions pas, car, depuis le commencement jusqu'à la fin, tout en amour n'est qu'un réflexe.

Je vous citerai seulement quelques exemples de sympathie :

L'altération, le trouble de l'œil sain quand l'autre est blessé.

Les convulsions chez les enfants causées par la dentition.

La répercussion sur le cerveau des affections de l'estomac.

A notre époque où tous, petits et grands, nous passons, avons passé et passerons des examens, c'est une terreur bien connue que celle que l'on éprouve en pensant aux maladies d'estomac ou autres infirmités physiques pouvant affliger nos examinateurs. Car si la dyspepsie les opprime, nous pouvons trembler pour l'issue des épreuves qui nous amènent déjà tremblants devant eux.

La folie d'une princesse célèbre dont l'histoire a rempli, pendant ces derniers temps, les colonnes des journaux, était causée par la répercussion de l'utérus sur le cerveau.

De même ordre, le cas fameux de la fistule de Louis XIV qui changea sa mentalité et son caractère et influa sur sa politique à un tel point que Michelet a pu dire que son règne avait été divisé en deux périodes : celle qui précéda la fistule et celle qui la suivit.

Un exemple très connu et très profond de ces répercussions, c'est le fait que les jeunes enfants, quand ils ont des vers, ressentent des démangeaisons dans le nez.

Mais une chose beaucoup moins connue et pourtant aussi réelle, c'est que les inflammations de la muqueuse nasale (les rhumes fréquents par exemple) peuvent produire — exclusivement par répercussion — une entérite.

Vous me permettrez de vous présenter quelques observations qui vous feront encore mieux saisir ces mécanismes.

Un jour, une dame fut prise subitement de folie. Le cas était difficile, les médecins hésitaient..... Enfin on découvrit qu'elle était enceinte, tout s'expliqua : c'était la folie puerpérale qui, d'ailleurs, disparut avec l'accouchement.

Dix ans passèrent, et de nouveau, cette dame devint folle. Naturellement vous pensez qu'elle était enceinte. Eh bien, vous vous trompez : on trouva seulement un polype dans l'utérus et cette femme fut guérie lorsqu'on lui enleva le polype.

Un médecin de Genève me disait : « Je comprends l'excellence de votre méthode depuis qu'il m'est arrivé le fait suivant :

« Pendant de longues années, une de mes clientes était inutilement soignée par moi d'une gastralgie. J'avais vainement tout essayé. Un beau jour, elle se plaignit de certains troubles ; je trouvai qu'elle avait une métrite avec des ulcérations. Or, en même temps que je soignais cette métrite, que les ulcérations se cicatrisaient je voyais avec stupéfaction ses maux d'estomac disparaître ».

Le Dr Teissière, de Lagny, me racontait avoir été appelé la nuit auprès d'un vieillard qui étouffait horriblement.

— Oh ! ne faites pas attention à mon asthme, lui dit son malade, il date de vingt ans et mourra avec moi. Je vous ai appelé, Docteur, pour une atroce rétention d'urine qui me fait beaucoup souffrir.

Le Docteur le sonda, lui montra la façon de continuer les sondages, et, chose curieuse, depuis ce jour, l'asthme a disparu.

Le Dr Otis, de New-York, découvrit par hasard une balanoposthite chez un enfant qui n'avait jamais pu arriver à marcher. Le traitement de cette affection guérit non seulement le mal local, mais aussi permit à l'enfant de marcher normalement. A toutes ces répercussions, j'ai donné le nom de « réflexopathies ».

Les observations que je viens de vous citer et qui sont pour la plupart très connues sont certainement fort curieuses. Mais ce qui est incompréhensible, ce qui est vraiment extraordinaire, ce qui m'étonnera toujours, c'est que, avant moi, personne n'ait compris la synthèse de tous ces

faits, personne n'ait senti les lois qui les causent et les dirigent, personne n'ait vu dans ce faisceau immense, se rapportant au mécanisme de la vie elle-même, l'arme irrésistible que donnait la nature pour agir contre la maladie et pour la guérir.

S'il existe une sympathie qui fait du mal à un œil quand l'autre a été frappé, pourquoi quand on ne peut pas soigner celui-ci directement, ne pas agir sur l'œil sain pour soigner l'autre œil malade ?

Puisque chez l'homme en bonne santé un coup de poing au creux de l'estomac fait perdre connaissance par anémie cérébrale, pourquoi alors quand le cerveau est congestionné, ne pas donner des coups semblables pour ramener l'équilibre, c'est-à-dire la santé. . .

J'espère m'être fait comprendre de vous et je pense que maintenant vous savez ce qu'est la réflexothérapie, sans que j'aie besoin de vous en donner une plus ample définition.

Cependant, bien que tout cela paraisse très simple, il n'a pas été aussi facile que vous pourriez le croire d'atteindre les résultats auxquels je suis arrivé : ils sont le fruit d'un travail de plusieurs années.

Entrons maintenant dans le domaine de l'application :

Pour commencer, il fallait modifier les méthodes habituelles d'examen des malades. D'abord quand j'interroge un malade, je m'efforce d'entendre les plaintes de son organisme, je les écoute, je tâche de saisir l'indice qui me fera découvrir l'épine cachée. J'insiste, je passe sur ses négations, je force ses souvenirs et je fais jaillir des analogies insoupçonnées ou méconnues. J'obtiens des précisions absolument concluantes sur des faits qui paraissent tellement éloignés de la maladie elle-même que les malades n'y auraient jamais pensé. C'est ce qui constitue la « réflexoscopie ».

Ensuite l'examen direct a dû être modifié également, et c'est ainsi qu j'ai institué la « cavoscopie », c'est-à-dire l'examen systématique des malades et de toutes les cavités pour apercevoir une irritation méconnue, une épine cachée, de été sorte que la malade du médecin de Suisse ou l'enfant du médecin de New-York n'eussent pas guéris par hasard et après des années de souffrance, mais systématiquement. De sorte que, après huit années du Mont-Dore, un asthmatique ne fut pas guéri parce qu'on est arrivé à lui enlever un polype du nez par hasard, mais parce que dès le premier jour, on a cherché dans le nez de tous les asthmatiques s'il n'y avait pas un polype. C'est la première partie de la « réflexothérapie » que j'ai établie chez nous.

L'année dernière, à l'Académie de médecine, avec mon très distingué confrère Auguste Marie, j'ai posé les lois principales des réflexopathies et la première, celle qui étonne les malades, c'est qu'on ne souffre pas de la lésion qui engendre le trouble réflexe, mais du trouble produit ; c'est pour cela que les épines sont restées si souvent méconnues et qu'il faut les chercher méthodiquement pour les trouver.

Une seconde loi de ces répercussions curieuses, c'est que très souvent, pour qu'une maladie se constitue, il faut la réunion de deux irritations différentes ; c'est ce que j'ai trouvé dans le tabès et dans l'asthme. Ce qui explique pourquoi tous les porteurs de polypes ne sont pas asthmatiques ni tous les avariés, tabétiques.

La recherche systématique des épines irritatives que je ne sais pas avoir été faite par personne avant moi jusqu'ici, me donne à chaque instant les émotions et les joies les plus vives.

Je vais vous citer quelques observations :

Il suffit qu'on parle de tabès pour qu'on vous amène des cas de maladies que nous n'aviez jamais soignées et qui ne ressemblent pas du tout à celle-là, comme le cas du prolapsus du rectum que je vais vous exposer :

Une mère désespérée, ou plutôt en désespoir de cause, vint me trouver pour sa fille âgée de 20 ans.

A 17 ans, et sans aucune raison connue, l'intestin avait commencé à sortir par l'anus, provoquant des douleurs atroces, empêchant tout travail et exigeant une opération très pénible.

Quelques mois après cette première intervention, les choses redeviennent comme avant, les souffrances augmentent tous les jours et une seconde intervention chirurgicale est jugée nécessaire. Le résultat est aussi négatif que la première et le chirurgien consulté déclare qu'il faut encore faire une troisième opération.

Avant de se décider à ce terrible sacrifice, la famille cherche une issue à cette situation et m'amène la jeune fille.

Je n'avais jamais eu à traiter de cas semblables et j'avoue, à ma honte, que j'allais renvoyer la malade, sans l'insistance de la mère éplorée. Je vais essayer de vous dépeindre rapidement la scène telle qu'elle s'est passée.

Connaissant les rapports entre le nez et l'intestin, je demande à la jeune fille si elle éprouve des troubles quelconques du côté de son nez ? Ma question lui cause la plus profonde surprise, et elle me répond très étonnée : Mais non, Docteur, jamais. J'insiste et la malade commence à me regarder de travers, quand la maman lui dit : Cependant, tu éternues fréquemment tous les matins. — Ah ! c'est déjà quelque chose, Mademoiselle, et puis, c'est tout ? — Oui répond-elle, puis après un moment de réflexion, j'ai eu de très forts saignements de nez il y a trois ans environ.

— Etait-ce avant ou après le début de votre affection ?

— A peu près six mois avant.

Je procède à l'examen du nez et, en effet, je trouve un énorme éperon de la cloison qui irritait et blessait le cornet inférieur, là où se trouve le point réflexe de l'intestin. Une fois cet éperon enlevé, la jeune fille est revenue totalement à la santé. Je suis certain qu'elle aurait été radicalement guérie si les opérations antérieures n'avaient pas mutilé et détruit certains organes ; en tout cas, elle ne souffre plus du tout de son infirmité et peut mener une vie normale.

Au début de mes recherches sur la « réflexothérapie », un de mes amis me recommande chaudement une parente qui souffrait affreusement de crises d'asthme depuis 14 années. Ayant examiné la malade, je lui trouvai un polype dans le nez, je l'enlevai et lui fis quelques cautérisations, mais je fus profondément stupéfié au bout d'un mois de n'avoir obtenu aucun résultat.

Alors, je finis par où j'aurais dû commencer: Je fis un examen complet de la malade et je lui trouvai une métrite cervicale. Dès la première séance de traitement,cette dame (après 14 années d'insomnie) put dormir toute une nuit sur un seul oreiller.

Très peu de temps après, elle était complètement guérie.

J'eus l'occasion de soigner une dame atteinte de constipation opiniâtre et ayant été traitée longtemps par des cautérisations nasales. Le résultat de ce traitement fut absolument nul et cette dame s'opposait complètement à ce que je la soumisse à un traitement quelconque par le nez pour guérir sa constipation.

Je l'examinai soigneusement, et je trouvai qu'elle avait une descente de l'intestin, ce qu'on appelle en médecine une ptose. Je lui conseillai le port d'une sangle bien maintenue qui la soulagea et de laquelle elle se déclara satisfaite, mais qui n'améliora en rien sa constipation.

J'arrivai alors à la persuader : je lui fis quelques cautérisations nasales. Le résultat fut merveilleux et se maintint jusqu'à ce jour.

Vous le voyez, ici encore, il y avait deux épines coexistantes qui exigeaient un traitement combiné.

Après avoir examiné un cas de prétendue arthrite tuberculeuse de la hanche, c'est-à-dire coxalgie, je trouvai un phimosis qui me fit conseiller la circoncision et celle-ci suffit pour amener au bout de très peu de temps une guérison complète.

Ces jours-ci, j'ai été amené à soigner une dame souffrant depuis huit ans d'une maladie très pénible, une paralysie des jambes qui s'appelle « paraplégie spasmodique ». La marche était excessivement difficile et le traitement intensif, auquel on l'avait soumise avant moi, était aussi pénible que la maladie elle-même.

Ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que ce traitement était le résultat d'une erreur de diagnostic concernant la cause de la paraplégie et s'appliquait à guérir une maladie qui n'existait pas.

A l'examen, je trouvai d'abord une métrite intense (la paralysie avait commencé 6 mois après le dernier accouchement) et, en même temps, une arthrite vertébrale douloureuse et qui expliquait facilement la détermination de sa réflexopathie.

La malade est déjà très améliorée. J'espère la guérir bientôt. Ici encore, nous constatons la coexistence de deux épines insoupçonnées ou méconnues.

Dans la coqueluche, la cautérisation d'ulcérations que l'on trouve sur le frein de la langue suffit très souvent à enrayer complètement la maladie même en quelques heures.

Il est enfin des cas très sérieux, d'un ordre trop délicat pour qu'il puisse en être causé librement, si ce n'est entre médecins. Ces cas sont également justiciables de cette première partie de la « réflexothérapie ».

Je me bornerai donc à y faire en passant une discrète allusion qui ne sera comprise que de ceux et de celles qui doivent la comprendre, en ajoutant que j'ai à me féliciter d'avoir pu, grâce à ma méthode, rétablir la paix et l'union dans plus d'un ménage qu'on aurait pu croire à tout jamais brisé.

Examinons maintenant la seconde partie de la « réflexothérapie ».

L'épine irritative peut ne pas exister, l'entérite peut être causée par des excès de table et l'asthme peut venir du fait de vivre dans un endroit où existent des poussières microbiennes. Alors, ou il n'y a pas d'épine, ou il est impossible de la trouver, ou on ne peut l'enlever. Il faut agir quand même, provoquer des réflexes utiles et, comme je l'ai dit plusieurs fois, il faut soigner l'œil sain pour agir sur l'œil malade en profitant de cette sympathie que l'expérience a montrée, et c'est ainsi que j'ai créé la deuxième partie de la « réflexothérapie », en utilisant des recherches faites, un peu par-ci, un peu par là, depuis très longtemps par les Japonais et les Chinois.

Plus tard, quelques expérimentateurs ont ébauché certains traitements où les résultats étaient dus à l'utilisation des réflexes. Mais ils ignoraient que ce fussent des réflexes qu'on mettait en jeu, et ils attribuaient l'action produite à des phénomènes plus ou moins imaginaires et fantastiques.

Chaque jour dans la pratique, nous découvrons des réflexes nouveaux comme des idées nouvelles, le tout était d'avoir trouvé la voie.

Parmi les plus nombreuses façons de provoquer les réflexes et qu'il serait trop long de vous énumérer ici, les trois principales sont :

La cautérisation des muqueuses ;

La dilatation des canaux ;
La percussion des vertèbres.

Au point de vue de l'étude qui nous intéresse en ce moment, le nez doit être considéré comme un tableau téléphonique d'où partent des fils très nombreux qui vont à une station centrale qui s'appelle le bulbe et, de là, par réflexe, l'excitation peut aller à l'estomac, à l'intestin, à la matrice, aux poumons surtout, et même ailleurs.

Vous avez vu et vous savez maintenant par l'exemple des enfants qui ont des vers, que le nez peut être une station d'arrivée, le départ étant dans l'intestin. Il n'est donc pas si extraordinaire de vous prier de croire que l'inverse est possible, qu'en faisant un attouchement dans le nez, on peut faire un appel à l'intestin.

C'est en effet ce qui est confirmé par la pratique et c'est d'ailleurs un des traitements les plus simples et les plus parfaits de la constipation. C'est souvent merveilleux.

J'ai réussi chez des personnes qui étaient constipées depuis leur naissance, c'est-à-dire parfois depuis plus de quarante ans, et le résultat se maintient depuis deux ou trois ans.

Je peux en dire autant pour les hémorroïdes ; mon traitement, sans souffrance et sans danger, fait disparaître toute douleur.

Il est certain que le tableau téléphonique que présente le nez est très garni, et par lui nous pouvons agir sur beaucoup d'organes. Mais il faut bien se garder de généralisation excessive. On ne peut pas tout soigner par le nez, car pour la même affection, on peut sur divers sujets beaucoup mieux de différentes façons.

Permettez-moi de continuer la figure. La station téléphonique nasale n'est, en somme, qu'un exemple de ce que nous pouvons faire sur notre corps, car en réflexothérapie, le corps humain est un grand tableau téléphonique dont la peau est un des sièges les plus importants.

Les Chinois avaient déjà très bien compris cela, et sous le nom de Tcha-Tchin, en faisant de petites cautérisations sur différents points de la surface cutanée, ils obtenaient des résultats merveilleux, nous dit l'abbé Grosier, voyageur du 18e siècle.

L'organisme nous présente un autre clavier excessivement précis, excessivement net, c'est la petite chaine d'extrémités osseuses formée par toute la colonne vertébrale, depuis le dessous de la tête jusqu'au bassin. Ces apophyses, comme on dit en médecine, sont autant de boutons de sonnerie qui nous permettent de communiquer par la pile, « le système nerveux », avec la sonnerie, l'organe profond sur lequel on veut agir.

La comparaison est très juste, l'idée est très exacte, seulement dans la pratique, il y a une nuance. Pour sonner, c'est-à-dire pour réussir, il faut appuyer fort sur le bouton de la sonnerie, il faut en un mot provoquer une réaction énergique, et pour cela il ne suffit pas d'appuyer ; on procède en donnant des petits coups ; c'est la deuxième façon, la percussion.

Je vous vois sourire à cette idée que si vous souffrez de l'intestin par exemple, le médecin se mettra à vous donner de petits coups dans le dos, mais, croyez-moi, tout n'est qu'une question d'habitude. On ne rit plus à la pensée de tirer la langue pour ramener à la vie un noyé ; c'est aussi une façon d'agir par voie réflexe, mais c'est le système ancien : on tire sur le cordon de sonnette. Les tractions rythmées produisent l'allongement des nerfs situés à la base de la langue et par conséquent provoquent de violentes sensations qui s'accumulent dans le bulbe, et pour peu qu'il reste un atome de vie, déclanchent le réflexe, c'est-à-dire se transforment en impulsion motrice, ce que Laborde appelait le hoquet inspirateur. C'est un très bel exemple d'action réflexe et c'est par réflexe que les tractions rythmées réussissent.

En revenant à notre bouton de sonnerie dans le dos, je dois vous dire de suite que ce sont les Japonais qui l'ont trouvé et que cela date de milliers d'années. Les Japonais, toujours logiques, ont imité la nature. Ils ont commencé par inventer le jiu-jitsu, qui est le moyen de faire perdre connaissance instantanément en envoyant une sensation tellement forte, tellement violente que par excès, elle arrête le fonctionnement du cerveau. C'est un réflexe d'arrêt, c'est un frein. Le plus net est le coup que l'on porte avec le tranchant de la main horizontalement sur le larynx. La sensation provoquée est tellement violente que la syncope se produit.

Dans le dernier grand match de boxe, la rapidité avec laquelle Carpentier a triomphé de Wells a été également causée par un réflexe d'arrêt foudroyant sur lequel le champion français avait su si habilement porter la main — plus exactement le poing — qu'il a instantanément mis hors de combat son redoutable adversaire.

Ces mêmes Japonais ont aussi découvert la méthode opposée au jiu-jitsu, le Kuat-Su, moyen de ramener la vie par un coup violent porté sur la 7e vertèbre cervicale.

Nous avons pu systématiser d'une façon incroyable la manière d'agir sur le cœur et sur les vaisseaux. Très nombreuses et très belles sont pour moi les preuves de cette précieuse action, par cette méthode si simple.

Grâce à la réflexothérapie dans les maladies organiques du cœur, nous avons obtenu souvent, par la combinaison de nos méthodes, chez des malades littéralement agonisants, des résultats complets ; en suivant le traitement pendant un certain temps, ces désespérés de la veille sont devenus simplement des infirmes du cœur, en

menant une vie hygiénique, en évitant tout effort violent, ils ont pu être conservés à leur famille pendant de longues années sans souffrance, sans le moindre étouffement et gardant dans leur aspect les apparences d'une santé absolue.

Mais lorsqu'il s'agit de cardiopathies prises au début, on est en droit d'espérer, toujours par la combinaison des méthodes, la guérison.

Par la réflexothérapie vertébrale, on peut agir sur une maladie terrible qui s'appelle l'anévrisme et qui est, en quelque sore, la hernie de l'aorte (le gros vaisseau qui part du cœur). Tout le monde a pu voir le pneu forcé d'une bicyclette ou d'une automobile : c'est un phénomène analogue. Or, si la hernie continue à gonfler, elle finit par éclater, catastrophe mortelle qui peut brusquement survenir à l'occasion du moindre effort ou de la moindre émotion.

De là, mon anxiété, en présence de tels cas, au début du traitement ; mais au fur et à mesure que les séances se succèdent et que le malade revient à la vie, je sens aussi ma confiance s'affirmer, toute crainte s'évanouir, et sans secousse, s'éloigne le terrible danger qui menaçait le malade et dont parfois il ne se doutait guère.

Il serait trop long d'examiner en détail toutes les applications de cette réflexothérapie. Je vous dirai en passant que nous avons un moyen rapide d'action sur la pression artérielle pour combattre l'artério-sclérose, moyen qui nous permet d'arrêter les crises d'angines de poitrine, d'agir sur l'intestin et même sur le rein, ce qui est d'autant plus précieux que les armes employées pour soigner les maladies de ce dernier organe sont restées primitives et insuffisantes.

L'asthme, cette affection si rebelle, est due généralement, d'après mes travaux, à la localisation d'une épine irritative dans le nez et presque toujours en même temps, dans un autre organe qui varie suivant les individus et qui peut être l'utérus, l'urètre, la vessie, etc...

Il s'agit de trouver ces épines et de soigner les lésions pour obtenir toujours la guérison de l'asthme. Au moment des accès, par la percussion de certaines vertèbres cérébrales, on peut arrêter presque instantanément ces crises.

Enfin, la troisième façon de produire une répercussion à distance est la dilatation des canaux.

Je ne vous parlerai pas de la dilatation du rectum si importante dans les entérites, ni de l'uretère qui peut non seulement amener la fin d'une crise d'anurie, mais aussi la débâcle de calculs du rein. Je vous entretiendrai seulement de la dilatation du canal urétral.

Celle-ci a l'action la plus vive sur le système nerveux ; par réflexe, elle se répercute particulièrement sur les jambes et pour cette raison, a la plus grande valeur dans le traitement du tabès.

Voici encore un traitement très difficile à faire admettre : d'abord au malade qui ne pense et ne voit que ses jambes, et même aussi au médecin qui, lui, ne voit que la lésion médullaire. Mais vous, qui me suivez avec une attention très soutenue, dont je vous remercie profondément, vous devinez bien que cette dilatation est encore un prétexte pour provoquer une répercussion, pour appeler un écho.

Toujours le même principe, mais la forme du bouton de sonnerie a changé, ce n'est plus celui qui était sur la table du bureau, mais c'est la pédale qui se trouve sous le pied dans la salle à manger. Mes observations, mes expériences, mes réussites depuis plusieurs années, me permettent d'affirmer de la façon la plus absolue que la dilatation de l'urètre produit une vaso-dilatation des extrémités inférieures.

Ces mots barbares ne vous disent pas grand chose, et cependant ils ont une importance considérable. Ceci veut dire que les vaisseaux se dilatent, le sang afflue et circule. La sensation renaît, le froid disparaît, la chaleur revient, la vie des membres inférieurs se réveille. Mais ce n'est pas tout, avec le retour du sang, avec le retour de la vie, le muscle s'assouplit, la rigidité disparaît, et le malade marche non seulement parce qu'il sent le sol, mais parce qu'il en a la force.

Dans l'ataxie, c'est-à-dire dans le tabès, il y a toujours une lésion dans la moelle, c'est le terrain, mais en outre il y a aussi une lésion presque toujours dans l'urètre et parfois dans le rectum ou l'estomac, etc... qui donne sa personnalité à la maladie et fait que chaque tabétique a un tabès différent.

Indépendamment de son action sur la marche, la « réflexothérapie » urétrale en a une autre sur les douleurs et sur le « signe de Romberg ».

Cependant l'expérience m'a montré que malgré tout, la dilatation urétrale seule pouvait être insuffisante pour l'ataxie, quand les malades étaient trop profondément atteints ; je réussis mieux maintenant, grâce à la combinaison des méthodes, car j'ai découvert que la percussion des vertèbres lombaires (sur les tabétiques qui marchent très mal) améliore instantanément ce trouble. Seulement, cette amélioration ne devient permanente que si le traitement est prolongé pendant un temps suffisant.

Pour finir, je vais vous citer rapidement quelques-unes de mes observations sur le tabès.

Je fais appel à mes souvenirs : je revois un malade de 37 ans qui a commencé le traitement au mois de mars 1910. Ce malade présente la particularité, malheureuse pour lui, d'être atteint de tous les troubles des tabétiques : douleurs fulgurantes, marche ataxique typique, rétention d'urine, impuissance, perte d'équilibre dans l'obscurité, etc., etc.,

Après trois mois de mon traitement, tous les troubles ont disparu et ce cas peut être considéré comme une guérison pratique.

A cause d'excès de toutes sortes à l'occasion du nouvel an 1911, une rechute partielle se produisit ; mais le traitement repris pendant un mois amena le même retour à la santé, et ce résultat s'est maintenu entièrement jusqu'à ce jour.

Ah ! j'allais oublier de vous citer un malade que j'ai soigné avant cette époque, en 1909. Il était encore plus profondément atteint que le précédent. Je l'ai revu depuis et il est tellement bien que des médecins ont pu se trouver avec lui sans se douter qu'il eût jamais été ataxique. Il travaille et gagne sa vie normalement.

Il y a deux ans, j'ai été appelé par un confrère auprès d'une malade qui ne pouvait marcher depuis cinq ans ni même se tenir debout. Cependant, elle n'était pas complètement alitée et en se cramponnant à tout ce qui était sur son passage, elle pouvait se traîner péniblement.

Aussitôt en présence de la patiente, je pratiquai la percussion vertébrale énergique. Elle amena de sa part des plaintes et des gémissements tels que j'arrêtai le traitement et j'étais décidé à y renoncer. Ce fut son médecin qui me poussa à continuer. Il força la malade à se laisser faire, et après avoir recommencé la percussion, au bout de dix minutes (passez-moi l'expression) le miracle se produisit. Cette femme, victime d'un tabès très avancé avec d'énormes arthropathies des genoux, traversa la pièce sans canne et sans avoir besoin de s'appuyer.

Le traitement ayant été suivi pendant quelques mois, non seulement l'amélioration persista, mais encore nous constatâmes la diminution des arthropathies. Depuis, la malade continue à marcher d'une façon suffisante.

Mais l'heure s'avance et je ne veux pas vous retenir plus longtemps. J'aurais pourtant encore bien des choses à vous dire, seulement je ne veux pas abuser de votre amabilité. J'en reste donc là et je vous remercie de votre bienveillante attention.

J'espère que je me suis fait comprendre et que j'ai pu vous intéresser à des choses qui valent vraiment la peine que l'on s'y intéresse.

En résumé, il s'agit de diriger la vie pour la conserver, il faut simplement aider le travail de la nature. Je crois vous avoir fait voir le champ immense qui s'étend devant nous.

C'est l'application d'un nouvelle méthode dont les conséquences seront considérables, et c'est un monde nouveau qui s'ouvre pour la médecine de l'avenir.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Conduite à tenir dans les accidents consécutifs à l'avortement.

D'après le Dr Lepage, dans les *Annales médico-chirurgicales du Hainaut.*

1° Dans la très grande majorité des cas, l'expulsion de l'œuf dans les premiers mois de la grossesse résulte de manœuvres abortives. Le diagnostic de ces manœuvres est difficile lorsque la femme se refuse à toute confidence ; il a, cependant, une certaine utilité, puisque le pronostic et la conduite à tenir diffèrent sur certains points, suivant qu'il y a eu ou non manœuvres criminelles.

2° Lorsque l'*avortement n'est pas dû à des manœuvres*, le pronostic est bénin, à moins qu'une infection générale, telle que la fièvre typhoïde, une maladie éruptive, ne soit la cause de l'expulsion de l'œuf. Si l'avortement se fait en deux temps, et s'il n'y a ni fièvre, ni hémorrhagie, l'expectation peut être prolongée.

3° Elle doit être beaucoup plus courte toute les fois où l'*on soupçonne des manœuvres abortives*, et à *fortiori* lorsqu'on a la certitude qu'il y a avortement criminel : toutefois, assez souvent, le décollement et l'expulsion du placenta s'accompagnent de symptômes fébriles qui disparaissent, lorsque l'utérus s'est spontanément vidé. On peut aider à l'expulsion en donnant du sulfate de quinine à la dose d'un gramme par jour : ce médicament suffit quelquefois pour réveiller la contraction utérine et amener l'expulsion du placenta.

4° Si cette médication est inefficace, s'il survient des phénomènes d'hémorrhagie ou d'infection, il faut procéder à l'évacuation de l'utérus par curage digital ou par curage instrumental dont les effets sont contrôlés à l'aide du doigt explorateur.

5° En présence d'une femme qui a fait un avortement complet, ou chez laquelle on a procédé à l'évacuation de la cavité utérine, on doit, en cas d'accidents fébriles, recourir aux injections intra-utérines répétées, drainer au besoin la cavité utérine ; mais il faut assez rapidement recourir au curetage. Toutefois, il faut s'abstenir du curetage, quand il existe déjà des phénomènes de réaction du côté des annexes, de l'utérus, et conséquemment, du côté du péritoine ;

6° La colpotomie peut être utile dans le cas où il existe une collection purulente dans le Douglas. On peut de même être amené à drainer le péritoine en cas de péritonite nettement confirmée.

Les indications de l'hystérectomie, vaginale ou abdominale, sont toutefois exceptionnelles. Dans la pluralité des cas, le traitement local est suffisant, sans qu'il soit besoin de recourir à une opération radicale : mais ce traitement local doit être employé de bonne heure.

CORRESPONDANCE

Les procédés des rebouteurs.

Je suis depuis quelques semaines avec intérêt es efforts de notre confrère le Dr S., à V., qui se demande anxieusement par quel secret les rebouteurs continuent à fleurir et à constituer une concurrence criminelle au médecin : j'ai été moi-même médecin de campagne plusieurs années, j'ai observé beaucoup le mode d'agir de ces « messieurs », et j'ai consigné il y a quelques mois les résultats de mes réflexions . Dans le petit article que vous trouverez ci-dessous et qui a paru sur un modeste périodique : *Le médecin de campagne*, — je ne cite pas dans ledit article le coup du « nerf levé » — mais je m'étends sur un autre procédé ; celui de la « côte déplacée ». Si mon estimable confrère le Dr S., veut bien lire cette petite plaquette, il verra que, moi aussi, j'estime qu'il y a « quelque chose » dans le procédé des rebouteurs, « quelque chose» que les médecins s'obstinent bien à tort à méconnaître : c'est la fréquence de troubles contracturaux venant compliquer le traumatisme, quelle que soit leur importance, mon confrère S. peut être assuré que les rebouteurs mettent en place des « nerfs levés », mais ce sont des muscles en état de contracture douloureuse, dont un massage énergique ou un attouchement brutal modifie heureusement le trouble spasmodique, à telle enseigne que le blessé est bien réellement soulagé. Certes, l'éducation médicale que nous recevons à l'école n'est pas complète, et nous sommes livrés à la pratique courante bien désarmés ! Tant qu'il en sera ainsi, il y aura encore de beaux jours pour les rebouteurs.

Dr Molle,
(Oran).

Propos sur les rebouteurs.

Il semble que tout a été dit sur ce sujet, et qu'un silence dédaigneux soit plus de mise, en pareille matière, que des considérations plus ou moins oiseuses. Il reste cependant, à mon avis, bien des choses intéressantes à dire concernant l'art (?) du rebouteur, et, l'auteur de ces lignes qui, avant d'exercer sa profession dans un milieu urbain, a pratiqué à la campagne, croit rendre quelque service à ses confrères ruraux, en leur faisant part de son expérience personnelle sur cette question toujours d'actualité.

D'une façon générale, lorsqu'on cause « rebouteurs » entre médecins, le sentiment exprimé le plus fréquemment et dans les termes les plus énergiques, est, sans contredit, l'étonnement. Comment expliquer, en effet, que ces pauvres gens, la plupart du temps dénués de toute instruction, puissent conserver, à notre époque de soi-disant progrès intellectuel, toutes leurs positions, et continuer à attirer autour d'eux de véritables foules ? On croit trouver la solution du problème en taxant le troupeau humain d'imbécillité,

d'ignorance et de naïveté, et certes, les cas ne manquent pas, où ces divers qualificatifs sont les seuls à invoquer : cependant, malgré tout, un observateur minutieux et impartial ne peut se contenter de ce seul argument et, pour mon compte, je crois qu'li faut chercher autre chose : la vogue des rebouteurs ne serait-elle pas due, tout simplement, aux résultats qu'ils savent obtenir dans un grand nombre de cas ? J'entends d'ici des protestations indignées ; aussi bien, me permettra-t-on de m'expliquer.

Je mets en fait que sur cent traumatismes pris au hasard d'une pratique habituelle, il en est à peine vingt-cinq, soit le quart, qui s'accompagnent de lésions ou délabrements véritablement sérieux et pour lesquels l'intervention éclairée du chirurgien s'impose : il est bien entendu que, pour cette première catégorie de cas, l'action de l'empirique est franchement nuisible, tant par les manœuvres intempestives auxquelles il peut se livrer que par la fausse sécurité qu'il inspire au malheureux blessé : donc, pas de contestation de ce côté-là.

Mais pour les soixante et quinze autres autres cas, soit les trois quarts, la situation me paraît toute différente : en effet, d'une part, la nature médicatrice se charge du résultat définitif, et, de l'autre, le rebouteur saura, au cours du traitement, se donner les apparences d'une supériorité incontestable sur le médecin.

Voici de quelle façon il est possible de justifier ces affirmations.

Tout d'abord, on pourra être surpris de l'énorme proportion de traumatismes, 75 %, que je range dans la catégorie des cas bénins : en réalité, il est nécessaire de considérer comme traumatisme certaines lésions insignifiantes, mais qui, par l'intensité des réactions douloureuses qui les accompagnent, peuvent en imposer pour une blessure relativement grave : le public n'y regarde pas de si près.

On doit, en effet, distinguer dans tout traumatisme deux éléments fort différents l'un de l'autre, et dont l'importance est loin de s'accroître parallèlement, quoiqu'on puisse le croire : je veux dire, d'une part, la lésion elle-même, et, d'autre part, la douleur qui l'escorte, ces troubles douloureux constituant comme une atmosphère nerveuse autour de l'accident initial. Or, tout praticien averti conviendra que, parfois, certains sujets souffriront au minimum pour une blessure fort grave, alors que d'autres, à constitution spéciale, réagiront de façon invraisemblable pour un simple bobo.

C'est ici que paraît l'indéniable supériorité du rebouteur sur le médecin ; ce dernier, en effet, n'attachera qu'une importance relative aux réactions douloureuses d'un blessé, il ne tiendra compte que de sa seule lésion, et il agira en conséquence : prenons un exemple : voici un blessé qui ne présente qu'une simple contusion costale, sans fracture : malgré ses contorsions, le praticien s'en tiendra à son diagnostic et lui dira : « Mon ami, vous n'avez pas une côte de cassée, mais un simple froissement des nerfs, contentez-vous de quelques frictions, et allez en paix ; vous ne tarderez pas à être guéri ». Toutefois, les jours passent, et notre homme continue à souffrir : sur les conseils de quelque commère, le voilà parti chez le rebouteur et la scène change du tout au tout : « c'est bien une fracture de côte ; le médecin ne *l'a pas connu*, mais on va tout *remettre en place.* » Et le patient de subir une séance de pressions violentes et autres manœuvres plus ou moins brutales : il crie, il proteste, mais, chose étrange, quand il sort des mains de son tortionnaire, son visage devient souriant, il ne souffre plus, presque, il est guéri.

Cette scène vécue, je l'ai vue se dérouler sous mes yeux, et l'on me permettra de dévoiler, par-dessus le marché, un petit truc que j'ai vu également employer à cette occasion : il était couramment mis en pratique par un rebouteur fameux du midi de l'Ardèche, « le Frère de L. c. ». Voici comment procédait le rusé compère, quand on lui confiait un « client » atteint d'un traumatisme superficiel de la région thoracique : placé, relativement au blessé, du côté opposé à celui où siégeait le traumatisme, il empoignait le patient à bras le corps, les deux mains à demi-fléchies, la pulpe des doigts appuyant sur la paroi costale, tandis que les dernières phalanges étaient adossées intimement par leur face onguéale ; il provoquait alors, en faisant frotter les ongles les uns contre les autres, une sorte de crissement particulier ; il était arrivé à une telle dextérité dans l'exécution de cette manœuvre, qu'on aurait jugé percevoir le bruit si caractéristique de crépitation qui accompagne une fracture costale. Dans ces conditions, comment voulez-vous qu'un blessé violemment comprimé au niveau de sa zone traumatisée et percevant ce craquement, ne fût pas persuadé qu'en effet, on venait de lui « remettre sa côte en place » ? Il faut bien ajouter qu'à cette suggestion auditive de la pseudo-crépitation, venait se joindre l'action indéniable du massage et de la compression locale, moyens que la clinique n'a pu moins faire que de considérer comme efficaces dans les troubles douloureux de toute nature : ainsi, suggestion par la parole et quelque tour de passe-passe, action du massage et de la compression, voilà qui justifie parfaitement, à mon avis, les résultats remarquables obtenus par le rebouteur, dans des cas analogues, résultats que le médecin n'a pas su, ou plutôt a dédaigné de rechercher.

Est-ce à dire que des subterfuges analogues à celui que je viens de dévoiler doivent être employés par le médecin ? Là n'est pas la question ; mais pourquoi le praticien, quand il a affaire à un client de mentalité primitive, se croit-il obligé de lui déclarer immédiatement qu'il n'a rien ? Il est, en effet, fort difficile, si non impossible, de faire comprendre à certaines personnes qu'il n'existe pas un parallélisme rigoureux entre la douleur ressentie et la lésion traumatique ; essayez d'expliquer cela à un paysan : il vous riera au nez et s'obstinera à croire que vous *ne connaissez pas grand'chose dans les foulures.*

Et que l'on ne croie pas que les circonstances où il y a disproportion entre les réactions douloureuses et la gravité du traumatisme soient exceptionnelles. Je suis personnellement plus apte que quiconque pour apprécier l'extraordinaire fréquence de ces manifestations hyperesthésiques ; j'ai cru pouvoir soutenir en effet, dans un travail relativement récent (1), qu'il existait chez 90 % d'individus à apparence normale, une inégalité des réactions de sensibilité entre le côté gauche et le côté droit du corps, au point qu'il s'agirait là d'un phénomène pour ainsi dire physiologique : on comprendra donc, qu'orienté par ces idées personnelles vers la recherche des troubles nerveux, en particulier chez les traumatisés, j'aie pu me rendre compte qu'on rencontrait très fréquemment chez ce genre de malades des perturbations notables dans la perception de la douleur.

Je ne puis m'empêcher de citer à ce propos un fait que je viens d'observer tout récemment dans ma clientèle, et qui me paraît apporter la preuve de l'utilité de cette exploration systématique du système nerveux chez les blessés : il s'agissait d'une dame

(1) Molle. — L'homme droit et l'homme gauche. Maloine 1905.

âgée de plus de soixante ans, présentant les apparences d'une santé normale, et en tous cas, n'ayant jamais eu de troubles nerveux d'aucune sorte. Cette personne fit une chute dans son escalier, et appelé aussitôt, je constatai une luxation simple du coude, en arrière : réduction facile, immobilisation discrète, massage, etc., etc., tout semblait devoir aller pour le mieux, quant au bout de quelques jours, on s'aperçut qu'il existait une gêne notable dans le mouvement d'extension, qui se heurtait à un obstacle douloureux : je sentais la confiance de l'entourage diminuer, et j'étais sur le point d'appeler la radiographie à la rescousse, quand j'eus l'idée d'explorer la sensibilité du biceps correspondant au coude traumatisé : le corps du muscle fut pincé avec une certaine énergie au niveau du tiers moyen de son trajet brachial, et brusquement, j'assistai à une crise nerveuse caractérisée par : pâleur de la face, état syncopal, chute imminente, angoisse, larmes, etc.; il s'agissait donc d'une contracture hystérique du muscle incriminé, laquelle s'était installée sournoisement, malgré l'âge avancé de cette femme et l'absence de tout accident névropathique dans ses antécédents : la suggestion verbale, appuyée de quelques manœuvres externes anodines, vint rapidement à bout de cette complication. Je n'ai jamais douté que, sans l'exploration méthodique qui m'avait permis de dépister cette contracture, ma cliente n'eût grossi la phalange des « miraculés du reboutage ».

Pour nous résumer, si le médecin veut lutter à armes égales contre le rebouteur, il devra en toute occasion dégager le rôle du système nerveux dans les manifestations douloureuses observées : quand il sera en présence d'un sujet à éducation suffisante, il n'hésitera pas à lui fournir les explications propres à le convaincre et à le rassurer ; mais quand il aura devant lui un malheureux à mentalité primitive, le mieux est de ne pas perdre de temps en paroles oiseuses ; le praticien prendra tout d'abord l'air important de celui qui va prendre une grave détermination, puis il procèdera à des attouchements vigoureux, sans s'arrêter à la douleur provoquée ; enfin, vous l'avouerais-je, chers confrères ruraux, eh bien, je ne verrai, pour ma part, aucun inconvénient, à ce que, le cas échéant vous fassiez craquer vos ongles à l'instar du saint homme rebouteur dont je vous ai narré l'histoire. Certes, je connais d'excellents collègues qui se voileront la face, et se refuseront énergiquement à pratiquer pareilles manœuvres, et pourtant, vous connaissez le proverbe : qui veut la fin, veut les moyens.

Ces bons charlatans.

D'abord, tous mes remerciements bien sincères au « Sou médical » pour la dernière lettre que j'ai reçue.

A propos des réclames de charlatans, je vous en envoie une que vous imprimerez si vous le jugez bon. Je la trouve savoureuse. Je crois que le bonhomme a rendu son âme à Dieu. Vous serez bien aimable de me renvoyer le document quand vous me répondrez.

Dr M.

Aujourd'hui, autrefois.

On guérissait les hernies par les herbes que vous foulez aux pieds. Nos défunts parents se guérissaient eux-mêmes de père en fils en se soignant avec des herbes. Tous ceux qui sont atteints de hernies semblent avoir honte en société : autrefois c'était une maladie honteuse, aujourd'hui il y a la moitié du monde de pris.

Avec une bouteille de jus d'herbes pour laver le dessus de la hernie, ce qui fait repousser la petite peau interne du péritoine, et un pot d'onguent pour fortifier la partie blessée, je vous guérirai.

O venez à moi et je vous guérirai par mes herbes pectorales et reconstituantes et par les mêmes remèdes qui ont guéris (*sic*) le roi Louis XIV qui était pris de hernie, et, avec mon tampon américain élastique qui contient les hernies comme avec la main, les jeunes filles, les dames, les jeunes messieurs ou les travailleurs, sont libres et lestes comme s'ils n'avaient jamais eu de hernie. Je garantis vous guérir dans deux mois, mais venez me voir aussitôt que vous êtes pris ; des milliers d'attestations et de guérisons vous le prouveront.

Ceux qui restent dans leurs misères vont à leur tombeau tous les jours ; si vous attendez, il sera trop tard ; beaucoup déjà l'ont compris et m'ont dit : « Nous aurions bien été vous voir plus tôt, mais nous ne le savions pas », c'est pourquoi je fais de la réclame, afin que tous sortent de leurs misères.

Si vous avez des maux d'estomac, si vous avez une maladie qui vous aurait été donnée par un mauvais ami, venez me trouver, je vous guérirai et vous ferait (*sic*) voir ce mauvais ami.

Si vous avez des maladies cachées ou secrètes abandonnées par les médecins, des cancers ouverts, des hydrocèles, venez me voir, je vous guérirai par un don, un secret ;

Si vous avez la vue raccourcie, venez me voir me trouver, je vous la rendrai aussi douce, aussi claire qu'à 20 ans avec le jus d'herbe casse-lunettes ;

Si vous avez les mauvaises fièvres, je vous guérirai par des paroles, un don, un secret.

O vous qui êtes dans les peines comme je l'ai été moi-même, vous qui avez des maladies imaginaires, vous à qui on a jeté un mauvais sort ou bien sur vos bestiaux, venez me trouver, je vous guérirai et ferai cesser les mauvais sorts.

On peut aussi m'écrire, avec un timbre pour la réponse et j'enverrai les indications pour vous guérir tous comme je me suis guéri moi-même, ce qui est certifié par mon médecin, signé de M. le maire du Temple, attesté par M. le maire du Raincy.

M. Millasseau,
Au Temple, par Châtillon-sur-Sèvre
(Deux-Sèvres.)

Un médecin peut-il refuser une consultation avec un confrère ?

J'ai recours à vous pour trancher le point suivant de déontologie. Vous pourrez me répondre dans la correspondance du *Concours* si vous le jugez bon.

Un malade habitant X., (où je suis seul médecin), a cru devoir faire appel tout d'abord à un médecin d'une localité voisine. Dans le cours de la maladie, je suis appelé en consultation avec ce médecin. Dois-je accepter? ou, puisque le client a manifesté un manque de confiance à mon égard, dois-je refuser mon concours ?

Dr M.

Réponse

Au nom de la liberté de confiance, nous devons admettre, quelque pénible que ce puisse être pour notre amour-propre, qu'un malade a toujours le droit de choisir son médecin, au début d'une maladie et qu'il a la faculté d'en changer au cours du traitement.

C'est au praticien à faire entendre à son client

combien utile pour le malade serait la présence du médecin habituel, ou du prédécesseur. Pour obtenir une prompte guérison, il est préférable de susciter une consultation, avec celui qui a déjà soigné le patient, plutôt que de se faire visiter successivement, mais séparément par plusieurs praticiens.

Mais, si le malade refuse, malgré notre insistance, nous avons deux lignes de conduite : ou bien respecter la volonté de celui qui est maître de son corps et libre de confier sa peau à tel ou tel médecin ; par suite, le successeur acceptera de donner ses soins, après qu'il aura prévenu son prédécesseur de ses tentatives de consultation.

Ou bien le second médecin appelé considèrera que personnellement, il n'a pas le droit de succéder à un autre confrère, sans que celui-ci ait été appelé en consultation et il sera libre de refuser de commencer à soigner le patient.

Peut-on tirer de là une règle générale, dite de déontologie ? Nous prétendons que c'est impossible, car il faut tenir compte des habitudes tant des clients que des médecins eux-mêmes ; il faut ensuite connaître chaque cas particulier, dans ses détails.

Aussi, conseillons-nous toujours de laisser chaque praticien en face de sa conscience et de sa probité professionnelle : lui-même se fera sa ligne de conduite, en l'occurrence, en partant tout d'abord de ce principe que le médecin est fait pour le malade et non celui-ci pour le praticien.

Puis, si un confrère croit que la conduite de son voisin n'est pas conforme à ce qu'il croit être la dignité professionnelle, il en réfèrera au conseil de famille de son syndicat, qui statuera, après avoir entendu les deux parties

Le syndicat local est mieux placé que nous pour solutionner tous ces cas, qui ne sont que des affaires d'espèce et pour lesquels on ne peut donner aucune règle générale

Conclusion : Le malade est toujours libre de placer sa confiance dans le médecin qui, à tort ou à raison, lui en paraît le plus digne et d'autre part, nous médecins, nous devons avoir beaucoup d'indulgence pour ces infidélités, qui blessent notre amour-propre, il est vrai, mais sont commises par des gens qui sont mal placés pour juger la profession médicale.

Quant au médecin, il est toujours libre de refuser de donner ses soins, au début d'une maladie, à la condition qu'il ne soit pas lié par un contrat quelconque (S. M., usine, chemin de fer, etc.), ou en cas d'affection non urgente (s'il est seul médecin dans la localité), ou s'il n'a pas commencé à traiter le malade. Dans cette dernière hypothèse, il devrait prévenir le malade de son intention de ne plus revenir, pour que celui-ci n'ait pas à pâtir d'un abandon de médecin.

PARTIE PROFESSIONNELLE



LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

PRÉAMBULE — DOCUMENTS PRÉLIMINAIRES

Lorsque M. H. Chéron, ex-ministre du travail, cédant à une impulsion maladive, constitua la fameuse Commission qui n'accroîtra pas d'un iota sa popularité, il concrétisa la menace de fonctionnarisation étatique de la profession médicale que nous sentions depuis plusieurs années prête à fondre sur nous.

Ce faisant, par l'émotion qu'il déchaîna dans tous les milieux médicaux, il nous rendit le plus signalé des services, en nous montrant tout proche un danger que l'ensemble des praticiens avaient pu jusqu'alors tenir pour vague et inconsistant.

Au Concours médical cependant, nous ne nous y étions jamais trompés, et au fur et à mesure qu'éclosait au sein du Parlement une de ces lois sociales, dont l'application comporte nécessairement le concours du médecin, nous nous rendions compte, depuis plusieurs années, que les temps étaient proches où, si nous ne voulions pas être englobés en masse dans la grande armée des fonctionnaires, nous aurions le devoir de sortir de la tour d'ivoire où tant d'entre nous se sont si longtemps complus dans un « splendide isolement », pour opposer aux entreprises des pouvoirs publics une résistance efficace, mais en même temps, pour leur indiquer comment nous concevons le rôle social du médecin dans la société moderne.

Déjà, en 1908, en homme qui n'a peur ni des idées, ni des mots, Maurat prononçait au banquet annuel du *Concours*, un toast où, pour la première fois, la question fut nettement posée en ces termes :

Evolution n'est pas révolution et ce serait, à mon avis, une véritable révolution que la disparition du *Médecin de famille* qui existe encore malgré tout, pour faire place au médecin fonctionnaire que l'Etat accapareur tend de toutes ses forces à créer, mais que beaucoup d'entre nous (dont je suis) ne consentiront jamais à devenir.

Je comprends cependant que l'éclosion de ce médecin fonctionnaire puisse, dans certains cas de plus en plus fréquents, devenir nécessaire, ainsi qu'il est arrivé pour les médecins inspecteurs départementaux d'hygiène par exemple.

Mais, ce qui me semble alors éminemment souhaitable, c'est que la collectivité qui les emploie s'applique à les rémunérer suffisamment pour avoir le droit d'exiger d'eux qu'ils renoncent à la médecine de clientèle qui deviendrait impossible par suite de concurrence véritablement déloyale et de violation du secret professionnel.

Alors, dans l'organisation que je rêve et qui sera peut être réalisée au *Pays d'Utopie*, je vois deux catégories de médecins bien distinctes, vivant côte à côte en bonne intelligence : d'un côté tous ceux qui par leurs goûts, leur façon de comprendre la vie, leur amour du galon ou leurs tendances officielles, aspirent à devenir inspecteurs de tous ordres et de toutes choses, rémunérés par l'Etat et couverts d'honneurs ; de l'autre côté, l'ancien médecin de famille dont l'existence sera redevenue possible grâce à la sélection qui se sera naturellement faite, le vieil individualiste confident de ses malades qui voit tout, sait tout, garde tout pour lui et est en un mot leur ami autant que leur médecin.

Trois ans après, le Conseil de direction, dans son rapport à l'Assemblée générale de 1911, y revenait avec plus de force encore dans le passage suivant :

Quant aux moyens à employer (c'est la seconde question) pour assurer à notre profession le rôle social qui lui revient de droit, nous les trouvons résumés dans l'indication que formulait Maurat à la fin de notre banquet de 1908 : « *classement obligatoire des médecins en deux groupes, les médecins-fonctionnaires et les médecins-praticiens* ». Chacune des deux catégories aura ses Syndicats propres. Dans les Syndicats des praticiens n'entrera que quiconque respectera, par engagement statutaire, le principe de l'égalité des médecins devant le droit du libre choix laissé au malade : dans leurs Syndicats de médecins fonctionnaires, ceux-ci défendront leurs intérêts contre tous les employeurs dont ils sont les salariés.

Aux premiers, la clientèle sur appel du client ; aux seconds, les missions de contrôle pour le compte de ces tiers responsables pécuniairement, mais aux premiers, tous droits de défense bien respectés des intérêts des clients qui les firent appeler.

Seulement, plus de ces situations hybrides, qui nous font mandataires à la fois du client et de celui qui est censé le couvrir, et qui le couvre comme nous le savons ; plus de ces Syndicats mixtes entre praticiens qui touchent des *honoraires* et médecins qui reçoivent des *salaires de famine*.

Voilà ce qu'il nous faut conseiller désormais avec une infatigable ténacité, et à ceux qui peuvent librement opter, quoique déjà engagés dans la carrière, et aux jeunes gens qui s'installeront demain, car le médecin ne peut pas être à un autre service que celui de son client, sans que le Code soit violé dans son article relatif au secret professionnel.

Grave responsabilité à prendre, nous dira-t-on, que de conseiller une division corporative, aussi radicale. A quoi nous répondrons d'abord que nous n'avons pas créé le mal dont elle est le remède.

....

Telle est, dans ses grandes lignes, l'impression fort nette recueillie par votre Conseil de direction au poste de vigie où il a été placé.

L'évolution à prévoir commence à s'effectuer par-ci, par-là, mais cela ne va pas sans des heurts regrettables parce qu'on opère à la diable, sans méthode, sans plan bien précisé. Nous convions donc notre Société à la recherche des procédés qui permettraient ce classement des médecins en deux catégories de telle façon que chacune de celles-ci remplisse le rôle social qui lui serait assigné et sans qu'il en résulte de conflits entre hommes ayant même origine et même formation morale et scientifique.

Cette fois, la cloche était mise en branle, et elle ne devait plus cesser de sonner ce qui nous apparaît aujourd'hui comme le branle-bas de la profession médicale, menacée en bloc dans son indépendance et dans sa dignité.

C'est en 1912, un vieux Praticien qui publie (*Concours médical*, n° 22, 2 juin) l'article suivant

Médecins fonctionnaires. — Fonctionnaires médecins.

La Société moderne a besoin du concours du médecin, auquel elle a de multiples services à réclamer ; — que toutes ses exigences soient plus ou moins justifiées, la chose peut se discuter ; mais il est certain qne plusieurs sont légitimes, et comme, seul, le médecin peut les satisfaire, c'est à lui qu'elle s'adresse.

Il fut un temps où les praticiens se souciaient peu e ce rôle social, moins important alors qu'aujourd'hui et qu'ils abandonnaient volontiers à quelques confrères plus ou moins officiellement désignés ; mais, avec l'encombrement toujours plus grand de la profession, avec les difficultés croissantes de la vie, chacun en arrive à se dire qu'il peut, tout aussi bien que le voisin, remplir sa part du rôle social... et les médecins officiels commencent à avoir une presse plutôt mauvaise. Pourquoi des médecins assermentés ? Pourquoi des médecins contrôleurs ? Pourquoi des médecins fonctionnaires, quand tous, de par leur diplôme, peuvent remplir le rôle dévolu à quelques privilégiés seulement ? Il y a eu certainement dans la conception du caractère de ces derniers et de la nature de leurs fonctions spéciales une évolution qui réclame quelques réflexions.

Disons tout d'abord que la question du traitement des malades est absolument hors de cause : chacun doit avoir le droit de défendre son corps comme il l'entend et de porter sa confiance à qui la lui inspire : cela ne se discute plus, et les collectivités, si elles peuvent, en les rémunérant plus ou moins mal, assurer les soins médicaux, dépassent leurs droits quand elles prétendent que ces soins doivent être ceux du Dr X., plutôt que ceux du Dr Z. Le traitement des malades fait l'objet du rôle professionnel du médecin et non pas celui de son rôle social.

Celui-ci commence avec les constatations, les déclarations,pour se terminer avec les dépositions et les expertises en passant par les certificats et autres corvées auxquelles la génération médicale précédente était si désireuse de se soustraire et auxquelles la génération actuelle semble aspirer un peu inconsidérément ou bien parce qu'il faut vivre.

Or, un fait qu'il est impossible de ne pas constater, c'est que le praticien qui prétend à ce rôle spécial, est souvent fortement gêné pour le remplir : ici c'est le secret professionnel, là une responsabilité incompatible avec ses intérêts, ses relations, etc., qui amènent le médecin à se dérober

Mais alors, on se demande pourquoi ce praticien, dont les scrupules sont absolument respectables après tout, tient tellement à être fonctionnaire à un degré quelconque : le collier auquel il tend le cou bénévolement est toujours un collier, et la chaîne qui le retient, si lâche qu'elle puisse paraître, met toujours une limite à la liberté. Le rôle de fonctionnaire se concilie mal avec la pratique de la clientèle et celui qui, par erreur, s'en est laissé affubler, cherche par tous les moyens à s'en affranchir... tous les moyens, sauf un pourtant, la démission — il risquera bien la révocation, mais il ne poussera pas l'héroïsme jusqu'à la démission.

Il est entendu, nous le savons, qu'il ne faut plus de médecins fonctionnaires nommés ; mais quelle différence y a-t-il au point de vue de l'indépendance entre ce médecin galonné et le médecin bénévole qui prétend se substituer à lui ?

Car enfin, il faut bien s'entendre.

Si la société réclame du médecin telle ou telle corvée, c'est qu'elle en a besoin ou croit en avoir besoin (ce qui en l'espèce revient au même), il lui faut telle paperasse, tel certificat. — Comment le médecin qui s'est offert à elle pour remplir corvées, noircir paperasses, rédiger certificats pourra-t-il se récuser ? La chose est absolument illogique.

Le praticien a besoin, pour remplir son rôle professionnel, de conserver son indépendance ; il ne peut donc être médecin fonctionnaire, et par médecin fonctionnaire, nous répétons que nous entendons non pas seulement le médecin officiel qu'on veut démolir, mais aussi le médecin qui, faisant de la clientèle, prétend jouer un rôle social.

D'autre part, la société doit trouver près d'hommes compétents le concours dont elle a besoin et ces compétents doivent forcément avoir des connaissances médicales : qu'elle institue donc des fonctionnaires pourvus du diplôme. A ceux-ci elle pourra réclamer tout ce qu'elle voudra pourvu qu'ils ne fassent pas de clientèle ; ils n'auront pas de secret professionnel à invoquer ; ils n'auront pas de considérations d'intérêts ou de relations ; ils seront fonctionnaires médecins, mais simplement fonctionnaires. C'EST LA CRÉATION DE CES FONCTIONNAIRES MÉDECINS QUI SAUVERA LE CORPS MÉDICAL DE LA FONCTIONNARISATION.

Au praticien, la liberté, l'indépendance ; au fonctionnaire, le rôle social.

La chose est simple ? — Erreur, elle est horriblement complexe, car on peut se demander si le docteur en médecine qui n'exerce pas est vraiment un médecin, s'il peut juger et contrôler en médecin, si quelques années de fonctionnarisme ne le rendront pas incapable de rendre à la société les services éclairés qu'elle est en droit de lui réclamer.

Nous soumettons la question à nos confrères.

Un vieux praticien.

A cet article, Jeanne répond quelques semaines plus tard dans le nº 34 (25 août) :

Médecins fonctionnaires. — Fonctionnaires médecins.

Le *Vieux Praticien* qui, dans le numéro 22 (page 578) du *Concours*, a écrit cette phrase : « C'est la création de ces fonctionnaires médecins qui sauvera le corps médical de la fonctionnarisation », me semble bien d'accord, en principe, avec le Conseil de Direction de notre Société qui consacra son dernier rapport annuel à développer les mêmes idées (voir *Concours médical*, 1911, pages 983, 984, 985).

Mais il ne paraît pas avoir voulu pousser seul plus loin l'étude des voies et moyens qui permettraient de réaliser, sans luttes trop dangereuses, une division corporative à faire de sang-froid pour le salut de la profession.

Nous comprenons ces scrupules pour les avoir éprouvés nous-mêmes, et nous approuvons pleinement son invite à provoquer des avis, dussent-ils être donnés un peu hâtivement. Ils auront du moins pour effet de fournir une base provisoire à la discussion qu'il importe d'ouvrir, sans plus tarder, au sein de notre Société d'études.

Mais, comme il faut bien que quelqu'un commence à lancer au moins des ballons d'essai, pourquoi ne prendrions-nous pas l'initiative de résumer d'abord ce qui nous fut dit ou écrit ici depuis l'année dernière ?

Essayons.

Un premier point à noter, c'est que personne n'a contesté la justesse de l'assertion que reprend notre *Vieux Praticien* depuis le jour où Gassot et Maurat l'avaient formulée à la fin de notre banquet de 1908.

Constatons ensuite qu'avec les lois de solidarité sociale, les responsables auront toujours le droit (je dirais même volontiers le devoir) de s'assurer des contrôleurs-médecins, pour n'élever que des contestations fondées contre les médecins traitants : nous fûmes unanimes à le demander dans nos Syndicats et nos Congrès.

Reconnaissons de même, avec tous nos groupements, que le secret professionnel ne nous permet pas d'être à la fois chargés des intérêts de notre malade et de l'administration quelconque dont il relève ; pour général que soit aujourd'hui cet abus, il n'en est pas moins un abus, qui en engendre d'autres par répercussion, et qui devra disparaître si nous voulons garder l'indépendance dont nous nous DISONS si jaloux.

La nécessité analogue pour le médecin expert de n'être pas suspect de partialité n'exige-t-elle pas qu'il ne soit l'homme d'aucune des deux parties entre lesquelles il prononcera ?

On pourrait multiplier, pour cent espèces peut-être, la mise en évidence de cette règle. Mais si on la veut confirmer tout de suite, sans tout passer en revue, pourquoi ne pas le faire par l'exception? Et nous trouvons alors celle-ci dans la situation du médecin de l'armée ou de la marine ; mais son caractère de réelle exception éclate par cette considération que nos soldats et nos marins ne s'appartiennent pas, puisqu'ils appartiennent à l'Etat, sans cesse, nuit et jour, à l'inverse de tous les citoyens, et qu'en définitive, nos confrères sont médecins de l'Etat avant d'être médecins des malades qu'ils soignent, ce qui est bien le contraire de la situation abusive si générale dont nous parlions tout à l'heure et qu'il faut bien se décider à changer.

Tout nous convie, par conséquent, à poursuivre l'établissement d'une situation nette, bien définie, conforme aux lois, sauvegardant les droits individuels du malade, l'indépendance du médecin qui le soigne, l'intérêt du responsable qui l'emploie ou assure soit les frais de son traitement, soit la réparation de son incapacité de travail.

Comment peut-elle se réaliser ?

Par division du corps médical en deux fractions : les médecins d'une part et de l'autre, les fonctionnaires diplômés du doctorat en médecine, mais auxquels la clientèle est interdite. Voilà ce que l'on est d'accord à dire ou à écrire, comme l'avait fait le rapport annuel du Conseil de Direction 1911, comme le reconnaît aussi notre *Vieux Praticien*.

Mais tout le monde s'est arrêté là et il s'agirait maintenant de se mettre à la recherche des voies et moyens de réalisation. Et alors, en avant les propositions qui doivent subir le feu des vives discussions.

Je risque, pour ma part, les suggestions suivantes :

Il y aurait lieu de constituer d'abord la catégorie des fonctionnaires médicaux.

Comment les recruter ?

Appelés à des missions de contrôle, d'expertise, de spécialisations administratives, etc., etc., il convient de leur demander : 1º d'*avoir pratiqué toute la médecine pendant un long temps*, de façon à ce qu'ils connaissent bien autrement que par les livres le domaine où ils auront à contrôler, de façon aussi qu'ils aient appris les mœurs déontologiques à respecter dans leurs rapports avec les confrères contrôlables ; 2º d'être des hommes faits, habitués à se former une opinion par eux-mêmes, ayant perdu l'idolâtrie des soi-disant dogmes scientifiques en médecine, et surtout de ceux qui les professent ; 3º d'être dans un situation d'aisance suffisante pour que les émoluments de leurs fonctions venant s'y ajouter, ils offrent des garanties de réelle indépendance et puissent se passer des bénéfices de la clientèle.

C'est dire que nous ne voyons pas ces fonctionnaires nommés au sortir de la Faculté, même après concours et diplômes spéciaux, car ils tomberaient de suite, à défaut de l'expérience que donne la pratique médicale au milieu du public, dans une mentalité administrative et rigoriste qui ne leur causerait que des déboires et serait génératrice de graves et fréquentes erreurs. Non, c'est à l'âge de la maturité, après stage et examen sur titres si l'on veut, qu'ils auraient droit de se fonctionnariser ainsi, prenant en quelque sorte leur retraite dans une situation de demi-activité moins fatigante que l'exercice de la clientèle.

Nommés par l'Etat, ils feraient le contrôle pour lui et pour toutes les collectivités et grandes administrations, étant bien entendu qu'il serait fait défense à celles-ci d'organiser des services médicaux de traitement au rabais, et que chaque citoyen, par conséquent, serait libre de choisir son médecin traitant parmi les docteurs voués à la clientèle.

En matière de droit d'association pour la défense de leurs intérêts, ils suivraient le sort des fonctionnaires dont le statut sera un jour établi, mais ils ne fausseraient pas, par leur présence dans les Syndicats médicaux, l'action de ceux-ci, qui ne réuniraient plus que des praticiens soumis au principe du libre choix et défendant les mêmes intérêts pour tous leurs membres.

Cette conception de l'organisation future du corps médical ne mérite-t-elle pas d'être discutée, si surtout les praticiens adoptaient ensuite, en ce qui les concerne, le plan proposé par Noir en son rapport à l'Assemblée générale du mois de novembre dernier ?

Qu'en pense notre *Vieux Praticien* ?

Dr H. JEANNE.

Puis, quinze jours après, Duchesne prend la plume à son tour et précise un peu plus (nº 36, 8 septembre 1912), la pensée qui se faisait jour ainsi parmi nous :

Il est inutile d'insister, dans le *Concours*, sur les inconvénients multiples que comporterait pour le corps médical et pour la santé publique la fonctionnarisation de la médecine. Nous avons donc le plus grand intérêt à chercher, en toute bonne foi, les moyens propres à éviter semblable cataclysme, — le mot n'est pas trop fort.

....

Aujourd'hui, c'est un autre son de cloche qui se fait entendre, et nous avouons pour notre part qu'il tinte agréablement à notre oreille. C'est un *Vieux Praticien* qui vient de prendre l'initiative de mettre en branle cette cloche récemment fondue, et voilà que le Dr Jeanne, se suspend à son tour à son battant pour lui donner une impulsion plus forte et la faire entendre plus loin.

Essayons donc, aussi, de faire tinter notre petit grelot auprès du bourdon de nos anciens. *Oui, c'est la création de fonctionnaires médecins, chargés de l'application administrative des lois de défense et de préservation sociales, qui sauvera les praticiens de la fonctionnarisation générale.* D'un côté, ceux qui appliquent leurs connaissances scientifiques à soigner les malades qui leur font librement appel. De l'autre, ceux qui appliquent leurs connaissances administratives, basées sur leurs connaissances scientifiques, à faire exécuter les lois qui réclament la collaboration d'un docteur ès-sciences médicales, ou à exercer, pour le compte des collectivités, qui y sont intéressées, un contrôle dont on ne saurait contester à celles-ci le droit d'user.

Nous nous rallions donc pleinement aux conceptions du *Vieux Praticien* et du Dr Jeanne. Nous adhérons entièrement et sans réserve à cette condition essentielle que « nul ne puisse devenir fonctionnaire médecin, s'il n'est âgé de quarante ans environ, s'il n'a pas exercé la médecine générale pendant au moins dix ans et s'il ne s'engage pas, sous peine de sanctions sévères, à ne plus faire de médecine active ».

L'année 1913 se passe, marquée par les événements médico-sociaux qui sont présents à toutes nos mémoires ; d'une manière assez régulière, nous revenons les uns et les autres sur le même thème, jusqu'à notre dernière assemblée générale, où notre conseil de direction, par la voix de Boudin, fit, sur le rôle social du médecin, la communication à la suite de laquelle nous avons reçu le mandat formel d'étudier comment nous concevons les différentes modalités de ce rôle, et une organisation des services de la médecine pratique, respectueuse des intérêts des malades et des droits et devoirs des simples praticiens.

A cette même Assemblée générale, un de nos adhérents, le Dr de Sallier, du Pin, nous demandait si le sujet n'avait pas été déjà effleuré en quelques pages du *Concours*.

La réponse à cette question est dans les documents qui précèdent, et qu'il nous a paru indispensable de publier à nouveau, au seuil de l'étude que nous entreprenons, et à laquelle nous invitons tous nos confrères à collaborer.

MÉDECINE SOCIALE

A l'heure où nous abordons le redoutable problème du rôle social du médecin, envisagé au point de vue français, il nous paraît intéressant et utile de faire connaître ici les opinions, sur le même sujet, de notre excellent confrère belge, le Dr DEJACE.

Rapporteur au IXe Congrès de médecine professionnelle qui s'est tenu à Gand en juillet dernier, Dejace a fait un travail des plus remarquables auquel nous allons faire de larges emprunts, pour en détacher ce qu'il renferme d'idées générales, applicables à la carrière médicale, sans souci des longitudes ni des latitudes :

En acceptant la mission que m'a confiée le bureau de la Fédération médicale de vous exposer quelques idées sur la médecine sociale, j'accomplis avant tout un acte de courtoise déférence envers les confrères dévoués auxquels le corps médical a remis la charge de ses intérêts corporatifs ; car je sens, dès maintenant, qu'il y aura, sur certains points de mon travail, antinomie entre deux thèses médicales.

Vous voudrez bien m'accorder, Messieurs, toute votre coutumière bienveillance si parfois je me prononce en faveur de certaines tendances novatrices, vous souvenant que, depuis plus de trente ans, je prends part à toutes les luttes de la corporation médicale pour soutenir ses légitimes revendications, et lui conserver dans le corps social la place de premier rang, qui lui est assignée par l'importance de sa mission.

Quand, pendant de longues années, l'unique objectif des réflexions est l'étude des relations entre les médecins et la collectivité, il est indispensable de porter son attention sur la raison d'être de notre profession et de s'abstraire parfois de ce qui paraît être notre intérêt immédiat, pour envisager les phénomènes se passant en dehors de nos groupes professionnels.

Si nous voulons tous et fermement que la médecine garde dans la société son rôle proéminent, nous devons nous inspirer de ses acquisitions et de ses découvertes scientifiques, pour améliorer les conditions de la vie, combattre les fléaux décimant l'humanité, et prouver à tous que le médecin, conscient de son devoir, met au premier rang de ses préoccupations l'intérêt général.

Et, croyez-le bien, Messieurs, c'est de la sorte que nous rehausserons le prestige de notre belle profession et que nous arriverons à imposer le respect de nos interventions, à justifier nos légitimes revendications et à faire connaître le bien-fondé de ce que l'on dénomme nos honoraires.

Est-il bien nécessaire de rappeler, devant vous, l'évolution des idées médicales ?

Avant l'époque pastorienne, il y a bien peu d'années encore, le médecin était un homme nanti du savoir acquis à l'Université et dans les hôpitaux, allant disperser ses connaissances, traduites en soins dévoués, mais personnels, dans les villes, les bourgs et les villages. Il avait une clientèle connue à laquelle il s'attachait et se dévouait. Il traitait des malades, pansait des blessés, soulageait des parturientes ; il était le consolateur, l'ami des familles, le protecteur des gagne-petits groupés en sociétés de secours mutuels. Son rôle se grandissait de toute l'humanité et de tout le dévouement qu'il apportait à sa tâche ingrate. Mais ce praticien était un isolé, un individualiste. Le cruel aphorisme du *Væ soli* lui apprit bientôt que personne, pas plus les bienfaiteurs timides que les tyrans, n'échappe à la puissance du nombre.

En quelques années, le praticien isolé eut à subir tous les assauts des coalitions.

Les mutualités, les sociétés anonymes, les compagnies d'assurances, ne sollicitèrent plus le concours du médecin qu'en lui imposant de dures conditions de travail.

Si le corps médical n'avait pas, après quelques années de marasme, compris les dangers de l'isolement et recouru, de son côté, à la défense efficace de l'arme corporative, nous aurions connu un prolétariat médical aussi dangereux pour la société que navrant pour la vie professionnelle.

Mais je ne veux pas m'arrêter à ces considérations rétrospectives, tant de fois exposées ; si je les rappelle, c'est pour indiquer l'inévitable répercussion des courants extra-médicaux sur notre profession.

La tâche de rapporteur sur la médecine sociale me force à noter les faits connus pour en dégager la leçon et étudier les faits nouveaux à la lumière des enseignements du passé.

Ce que je voudrais, c'est que le corps médical ne retombât pas dans l'erreur ancienne, qu'il n'attendît pas les dures leçons de l'expérience pour modeler son programme sur les idées nouvelles, et que, hypnotisé par la force récente de ses Unions professionnelles, il ne l'usât pas à vouloir diriger à son gré exclusif des évènements que seules, de mystérieuses et puissantes influences conduisent.

Il y a quelques années à peine, la médecine était encore une affaire privée mettant en relations un malade, un blessé et un praticien. Certes le mot hygiène existait et même on pourrait affirmer que nos aïeux connaissaient aussi bien que nous, s'il ne les observaient pas mieux, les règles de l'hygiène privée. Je n'en veux pour preuve que les stades et les thermes somptueux, dont les ruines gigantesques attestent la fréquentation générale, dès l'époque romaine.

Mais qu'était l'hygiène publique, sinon un compendium de lois basées sur l'observation et traduites en formules sans fondement scientifique ?

C'est de la fin du XIXe siècle seulement que date l'orientation sérieuse des lois sanitaires vers un idéal ferme, appuyé sur des notions tangibles, des travaux de biologie et de bactériologie, bref sur des recherches conduites parallèlement dans de nombreux laboratoires.

L'influence des hommes qui se sont consacrés aux études hygiéniques s'est rapidement étendue aux sphères dirigeantes et a profondément pénétré les masses populaires.

A côté de la médecine thérapeutique s'est édifiée la médecine prophylactique, et c'est vers ce temple nouveau que nous nous dirigeons pour accomplir nos rites professionnels sans abandonner toutefois l'autel de la médecine curative.

La médecine sociale est née le jour où un savant a dépisté l'origine vivante de certaines maladies, a assisté à la lutte constante entre l'ennemi du dehors et l'organisme humain, a pu dresser les premières batteries pour combattre un adversaire signalé, et tracé certaines règles de stratégie défensive.

Je me hâte d'abandonner un terrain dont vous connaissez les moindres replis pour arriver à la conception philosophique de notre devoir médical en face des problèmes nouveaux de la sanitation publique. Je ne retiens que cette conclusion : à côté de notre rôle thérapeutique, aussi ancien que notre art, se dresse un rôle nouveau qui nous est confié par les médecins auteurs des découvertes modernes sur l'origine des maladies.

J'ai prononcé le mot : devoir médical. Oui, il y a un devoir médical, il prime ce que nous appelons nos droits, parce que ces derniers ne peuvent découler que de l'accomplissement du devoir. Si nous voulons que le public respecte nos privilèges, comprenne la nécessité du monopole médical, prenons pleine conscience de nos devoirs aussi bien vis-à-vis du patient se confiant à nous que vis-à-vis de la collectivité qui s'incline devant les conséquences des découvertes, à l'éclosion desquelles elle assiste sans bien les comprendre.

Nos intérêts particuliers, nous les réglons, nous les défendons dans nos Unions professionnelles ; nous ne pouvons cependant y perdre de vue la raison d'être de notre art : « Soulager, guérir parfois, prévenir quand c'est possible. » L'écho de nos entretiens professionnels ne doit pas couvrir la voix de la conscience nous rappelant que « le médecin est fait pour le malade et non le malade pour le médecin ».

Au grand honneur du corps médical belge, nous

pouvons affirmer que la préoccupation du bien général s'est toujours manifestée dans nos grandes réunions. Je parcours les programmes de nos congrès professionnels périodiques. *C'est la liberté du choix du médecin, c'est l'organisation de l'inspection scolaire, c'est la question de la bienfaisance publique, c'est l'étude de la loi sur les maladies professionnelles, la réforme du régime des aliénés, la loi sanitaire, qui font l'objet de nos débats publics, et c'est sans aucune forfanterie que j'écrivais il y a peu de temps : Je voudrais que la presse politique assistât à ces assises médicales pour se convaincre de notre continuel souci de l'amélioration des conditions de la vie.* La presse comprendrait ainsi que, loin de discuter uniquement les mesures propres à assurer leur bien-être personnel, les médecins ont avant tout mis à l'étude les questions intéressant la Société et l'hygiène publique.

Avant d'exposer le rôle social du médecin, je tiens à écarter le soupçon qui pourrait naître dans vos esprits. Le rapporteur va-t-il donc conclure à la socialisation de la médecine ?

Non, mes chers confrères, autre chose est notre action libre et personnelle dans la lutte contre les fléaux atteignant l'organisme humain et la collectivité : *autre chose est le fonctionnarisme encadrant les praticiens en une sorte de gendarmerie veillant aux frontières de la pathologie, manœuvrant sur ordre* et dépouillée de l'initiative qui inspire les décisions promptes et meut en nous le sentiment juste des responsabilités morales.

Je n'envisage pas une cité future où les bonnes volontés seules se substitueront à des manœuvres discutées et raisonnées ; *ce que je repousse, c'est l'embrigadement des médecins dans l'armée des fonctionnaires, leur transformation en agents officiels, chargés contre traitement fixe et progressif, de soigner les malades, panser les blessés, accoucher les parturientes. Ce serait l'assassinat de la médecine, l'étouffement des travaux personnels, l'étranglement des plus nobles initiatives, la supputation des honoraires et la critique des barêmes remplaçant le dévouement, l'oubli de soi et le fond d'abnégation caractérisant la profession médicale.*

. . . .

Restons médecins libres, ne nous laissons pas vinculer par les liens les plus dorés, ne tendons ni les bras aux chaînes, ni le cou au collier du fonctionnarisme et soyons fiers de combattre librement en nous conformant aux instructions formulées par des travailleurs, médecins comme nous, infatigables pionniers des progrès de la sanitation publique.

De profondes modifications se sont produites dans nos relations avec le corps social. La médecine a pris une place prépondérante dans les préoccupations des parlements et des gouvernements.

. . . .

De son côté, mu par ses sentiments intimes, pressé par les évènements extérieurs, le médecin a saisi la grandeur de ses nouveaux devoirs vis-à-vis de la société. Il ne peut pas se désintéresser des problèmes agitant le monde, et de soi-même il va se placer au rang que lui assignent ses connaissances et son désir d'être utile.

. . . .

Les réformes, auxquelles certains misonéistes voudraient opposer la tradition ou le droit du médecin, se feront inéluctablement. Avec notre concours judicieux et pondérateur, elles s'accompliront pour la gloire de notre profession et à son légitime avantage. Faites sans notre collaboration éclairée, elles aboutiront à la néfaste socialisation de la médecine, à la perte de notre bien le plus précieux : la liberté professionnelle.

. . . .

D'autres publicistes, plutôt politiciens qu'économistes, voudraient instaurer chez nous une médecine officielle et proclamer le droit du citoyen à la médecine gratuite, laïque et obligatoire. Il nous suffira, pour réduire à leur juste valeur ces conceptions et ces illusions, d'engager les tenants de cette médecine officielle à faire un voyage d'étude en Italie, où fleurit le régime du médecin « condotto », médecin communal. Les fleurs au parfum séduisant dont ils couvrent leur thèse communiste, se faneront vite à la lumière des pénibles réalités. L'expérience se poursuit dans la péninsule, en raison des misérables conditions d'existence chez les habitants de toute une partie du pays. La médecine communale en Italie est plutôt la conséquence forcée d'une misère générale que la proclamation d'un principe.

Nos associations peuvent aisément écarter le danger de la mainmise de l'Etat sur notre profession ; mais comme gouverner c'est prévoir, j'ai tenu à signaler les nuages, car une fois le gros temps venu, peut-être nos pilotes n'auront-ils plus le temps de conduire notre barque médicale vers un port abrité.

En 1909, dans une étude sur la loi sanitaire belge, j'écrivais : Ne tombe-t-il pas sous le sens que la lutte contre les maladies infectieuses doit reposer presque tout entière sur le médecin et que, sans son concours, rien de vraiment utile ne se fera ?

N'est-ce pas le médecin qui doit penser à la possibilité de telle ou telle manifestation infectieuse ? N'est-ce pas lui qui doit recueillir les produits suspects, pour les adresser aux laboratoires de bactériologie ? Le diagnostic posé, n'est-ce pas au médecin qu'il appartient d'organiser la désinfection *au cours de la maladie*, la mesure la plus capitale et autrement efficace que la désinfection terminale officielle ?

N'est-ce pas lui qui va, au besoin, pratiquer les injections de sérum préventif pour l'entourage en cas de diphtérie ? Lui encore qui doit donner aux familles les conseils prophylactiques nécessaires, veiller à toutes les mesures de propreté et d'isolement, souvent accomplir les démarches qui s'imposent auprès des institutions de bienfaisance et de prévoyance afin de venir en aide aux nécessiteux frappés par la maladie et privés de ressources ?

C'est aussi le praticien qui sait mieux que personne, surtout dans les régions industrielles, quels peuvent être les besoins des populations et quelles sont les conditions locales de la lutte journalière contre les maladies infectieuses et contagieuses.

. . . .

Le flot monte. Préparons nos embarcations, mettons-y boussoles et pilotes avertis et embarquons hardiment. C'est le seul moyen pour nous de maîtriser les événements et de muer en un voyage paisible ce que certains considèrent comme une traversée grosse de dangers.

Embarquons et inscrivons à la poupe de notre

navire la devise de Paris : « Fluctuat nec mergitur ».

Vous le voyez, confrères, en faisant l'apologie vigoureuse de l'action sociale du médecin, je ne fais que m'adapter aux évènements, chercher à provoquer l'exaltation de notre mission en prévenant les répercussions des courants économiques et en prévoyant l'avenir de notre profession.

Avant que la société nous mette des entraves, abordons hardiment l'étude raisonnée des nouvelles conditions professionnelles et unissons nos efforts pour défendre la saine et utile liberté de notre art.

....

Belges ou Français, nous sommes logés à la même enseigne ; la même menace pèse sur nous. En tenant compte des différences que comportent les mœurs, le régime, la mentalité, nous courons des périls identiques.

C'est pourquoi nous tenons un langage analogue à celui de notre confrère, le distingué directeur du *Scalpel*, lorsque nous crions à nos confrères : La médecine publique nous déborde ; elle crée des fonctions nouvelles qui nécessitent des organismes nouveaux ; les organismes se constitueront contre les praticiens ou avec eux, selon que ceux-ci se désintéresseront de la question ou au contraire qu'ils tiendront à prendre part à sa solution. Nous n'avons que trop longtemps déjà tendu le dos aux coups d'une administration incompétente. Ne permettons plus que les lois qui mettent en action le médecin soient fabriquées à la légère, en dehors de sa collaboration. Mais unissons-nous plutôt pour apporter au pouvoir une conception et une réalisation pratique de tous les problèmes sanitaires publics et pour lui dire : C'est ainsi que nous, médecins, nous vous proposons de mettre votre loi sur pied ; c'est ainsi que nous concourrons à son application. Sinon, vous vous passerez de nous, et votre loi sera *ipso facto* mort-née !

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Organisation de l'assurance invalidité-maladie par les Sociétés de secours mutuels.

Lorsque j'ai écrit mon précédent article sur l'organisation de l'assurance invalidité par les mutualistes, je supposais que le projet Chéron était l'amorce d'une assurance-maladie, véritable assurance sociale à l'égal de la loi des accidents du travail ou de la loi des retraites. Lorsque j'ai eu sous les yeux le texte même de la proposition de loi, mes idées ont changé. Il n'y a aucune espèce de loi sociale en jeu ; il ne s'agit dans l'espèce que d'une question de réclame mutualiste et de distribution de subventions nouvelles. C'est toujours le même bluff, c'est toujours le même refrain. En effet, dans le grand projet de l'ange déchu de la Mutualité, M. Chéron, il ne s'agit pas du tout de créer l'invalidité-maladie pour les travailleurs, mais simplement d'amener le plus de monde possible dans les sociétés de secours mutuels. Le mouvement mutualiste va progressant, le nombre des sociétaires augmente, mais, quoi qu'en disent nos amis les mutualistes, le recrutement se fait surtout dans la classe des employés et dans la classe bourgeoise. Ce sont surtout les gens aisés qui, de plus en plus, adhèrent par mesure d'économie et je dirai par un sentiment d'avarice, aux œuvres de la Mutualité. L'ouvrier se tient en dehors de ce mouvement, et malgré tous les appâts fournis par la Mutualité, il reste plus fidèle à l'adhésion au Syndicat qu'à l'adhésion à la Mutualité.

En créant l'invalidité-maladie pour les ouvriers couverts par la loi des assurances ouvrières, M. Chéron déjà nommé espère attirer les ouvriers dans la mutualité. Le dépôt de son projet est le miroir aux alouettes qui doit attirer tous les volatiles.

Malgré les efforts des dirigeants mutualistes, les unions et les caisses de réassurance sont toujours prospères sur le papier, car les mutualistes, fidèles à leur tactique, ne veulent toujours pas augmenter le taux des cotisations. On en arrive à verser des sommes tellement minimes aux unions pour la réassurance-maladie, que le fonctionnement de ces caisses est illusoire et que les sommes attribuées aux malades sont le plus souvent dérisoires. En obligeant les sociétés de secours mutuels à assurer le service de maladie pendant six mois, et à se grouper en union pour parfaire au-delà de ce terme l'assurance contre la maladie, les soins aux malades chroniques, on espère faire une pression sur ces sociétés et les amener à adhérer en masse aux unions. C'est de la propagande en faveur des unions peu prospères. Si les unions sont peu prospères, cela tient, avons-nous dit, aux cotisations infimes qu'elles reçoivent ; aussi, toujours fidèles à leur tactique, au lieu d'élever les cotisations, les unions ont recours à la mendicité pour augmenter leur budget. Elles réclament d'une façon incessante des subventions et émettent la prétention que chaque sociétaire, touchant déjà une subvention dans sa société de secours mutuels, touche la même subvention comme membre d'une union. Il n'y a pas de raisons pour que, dans la suite, les unions départementales ne se fédèrent pas en unions provinciales, puis générales, et ne réclament pas une troisième et une quatrième subvention comme membres de l'union provinciale ou générale. Jusqu'ici nos gouvernants leur ont refusé la subvention de capitalisation de 50 centimes allouée aux sociétés de secours mutuels faisant l'assurance mala-

die. Ils accordent bien aux unions des subventions, mais ces subventions ne dépassent pas 500 francs, quel que soit le nombre de participants, malgré les réclamations incessantes de tous les dirigeants de la Mutualité, malgré la protestation de tous les congrès. Cependant, dans une de nos dernières sessions législatives, nos députés ont voté une somme globale de 20.000 francs pour compléter les subventions des unions pour les services supérieurs de la Mutualité.

Or, le nouveau projet de l'illustre Chéron attribue une cotisation de 50 centimes par tête de sociétaire à l'invalidité-maladie, faisant partie d'une société de secours mutuels et couvert par la loi des retraites ouvrières. Par ce moyen détourné, les mutualistes ont donc satisfaction. Ils arrivent à toucher la subvention de 50 centimes par tête qu'ils réclament depuis si longtemps et qui leur fut toujours refusée. Contribuables, à vos poches !

Enfin, le projet spécifie qu'au-delà de six mois, l'Etat remboursera aux sociétés de secours mutuels la moitié des frais de médecin, de médicament et d'indemnité journalière prévus au paragraphe 5 du dit article 9. C'est un moyen de mettre à l'essai dans un petit rayon la question du forfait médical, car il est à prévoir que ce n'est pas une somme quelconque que l'Etat remboursera aux sociétés de secours mutuels pour les frais médicaux; il remboursera probablement d'après un tarif qu'il établira. C'est un moyen détourné de tarifer les honoraires médicaux, c'est une mainmise indirecte sur l'indépendance du médecin. C'est au fond l'intervention de l'Etat entre le médecin et son malade, et cela est tellement vrai que l'article 4 dit : « Un règlement d'administration publique, rendu sur proposition des ministres du Travail et des Finances, déterminera les mesures propres à assurer l'application de toutes les dispositions qui précèdent et notamment, les conditions à remplir par les sociétés qui voudront être créées pour les services de la présente loi : les conditions d'organisation des caisses de réassurance et contrôle des dépenses médicales et pharmaceutiques, la procédure est suivie, pour les constatations de l'invalidité, du droit à la pension et la bonification et liquidation des pensions anticipées. »

M. Chéron qui est un gars normand, sait ce qu'il arrive lorsque l'on boit du cidre mousseux. On verse le cidre dans un verre, et quand la mousse est tombée, le verre est vide, sauf souvent un peu de lie au fond. Tel sera le projet de M. Chéron ; de la mousse qui s'évapore, et au fond du verre, il ne restera qu'un peu de lie pour le corps médical. En réalité, le projet Chéron est une question de réclame et de gros sous, et une entrée en campagne contre le corps médical. A vous, confrères, de bien vous en rendre compte et de vous préparer à la lutte.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Toujours à propos de l'arrêt de Cassation du 9 mai 1913.

SUR LE SECRET PROFESSIONNEL

Spécieux arguments des défenseurs de médecins patronaux.

L'obligation au secret professionnel faite au médecin par l'article 378 du Code pénal n'entrave pas le fonctionnement de la loi-accident, comme le prétendent ceux qui veulent défendre les médecins patronaux et faire créer la nouvelle caste des « médecins officiels ».

I. — La thèse du Professeur Vanverts.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 septembre 1913, M. le docteur Vanverts, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, soutient la thèse suivante : Un certificat pour être complet doit contenir non seulement la vérité, mais *toute la vérité.* Puisque, dit le professeur Vanverts, la Cour de Cassation défend au médecin traitant de dire *toute la vérité,* ce praticien ne peut donc plus faire de certificats. Mais, puisque la Cour de Cassation admet que la « loi autorise le chef d'entreprise à s'assurer par ses propres moyens d'investigation de l'état de santé de l'ouvrier blessé », il en résulte, toujours d'après M. Vanverts, que seuls les médecins patronaux, ou une catégorie nouvelle de médecins à créer, médecins certificateurs pour accidents du travail, peuvent légalement assurer à la loi-accident son fonctionnement

II. — Réfutation de la thèse du Professeur Vanverts.

L'argumentation de M. le professeur agrégé Vanverts serait la meilleure défense des médecins patronaux si, comme par hasard, elle ne partait pas d'un principe faux.

Et en effet, ce professeur agrégé pose comme prémisses de son raisonnement une fausse définition du certificat complet. Il croit que pour

être complet, un certificat doit contenir non seulement la vérité, mais toute la vérité. Si donc, examinant un blessé du travail qui s'est cassé la jambe, je m'aperçois que cet accidenté est syphilitique, je dois, d'après M. Vanverts, pour établir un certificat *complet*, dire non seulement que cet homme a la jambe cassée, mais aussi qu'il a la syphilis. M. le professeur Vanverts se trompe étrangement.

A. *Qu'est-ce qu'un certificat complet ?* — Pour qu'un certificat médical soit complet, il n'est ni nécessaire, ni possible, comme le croit M. Vanverts, qu'il mentionne toutes les constatations faites par le médecin qui a examiné le blessé. Il suffit qu'il relate toutes les constatations ayant rapport à l'objet pour lequel le certificat est demandé. Ainsi, prenons le cas d'un élève de collège quelconque, qui, ayant été atteint d'une maladie contagieuse, vient demander à un médecin un certificat constatant qu'il n'est plus contagieux et peut à nouveau entrer dans son établissement. Supposons que le médecin qui l'examine, tout en constatant qu'il est guéri de toute affection contagieuse, lui reconnaisse une maladie de cœur par exemple, ou toute autre maladie non contagieuse. Ce médecin, dans son certificat, devra seulement attester que cet élève est guéri de toute affection contagieuse et ne pas parler de sa maladie de cœur, et ce certificat qui ne contiendra qu'une partie de la vérité, sera cependant complet. Il contiendra en effet tout ce qui est nécessaire pour remplir le but du certificat, qui est d'attester que l'élève peut, sans danger pour les autres, rentrer au lycée.

Le médecin qui, dans un certificat qui a pour but de certifier que l'élève n'a rien de contagieux, mentionnerait la maladie du cœur, ce médecin, dis-je, violerait le secret professionnel, et sans aucun doute encourrait les pénalités de l'article 378 du code pénal. Il en est de même en matière d'accidents du travail : le certificat doit parler uniquement de l'affection qui provient de l'accident et ne pas s'occuper de l'état antérieur du malade.

B. *On ne doit pas s'occuper des prédispositions morbides des blessés.*

A quoi servirait d'ailleurs de violer le secret professionnel pour dévoiler des maladies dont il ne peut pas être tenu compte dans l'évaluation des incapacités ?

Et en effet, M. le professeur agrégé Vanverts ignore sans doute qu'il existe au moins trois arrêts de Cassation établissant d'une façon formelle que l'état de maladie d'un accidenté du travail avant son accident « ne saurait être pris en considération dans la détermination de l'indemnité qui lui est due .» Ces arrêts sont du 31 juillet 1906 (voir *Gazette des trib.*, 7 nov. 1906), 12 avril 1907 (voir *Le Droit*, 19 avril 1907) et 27 mai 1910 (1).

Il est donc impossible pour le médecin et inutile pour le patron de parler dans son certificat de l'état antérieur. Le patron n'a pas besoin de savoir et le médecin n'a pas le droit de lui dire quelles sont les prédispositions morbides des ouvriers accidentés du travail.

C. *Pourquoi alors créer des médecins certificateurs officiels ?*

De ce qui précède il résulte que l'on ne voit pas très bien la nécessité de créer cette caste nouvelle des médecins certificateurs réclamés par le docteur Vanverts. Il apparaît au contraire que la loi-accident a un meilleur fonctionnement avec, d'un côté, le médecin traitant qui a la confiance du blessé et soutient ses intérêts, de l'autre côté le médecin patronal qui, par son droit de se renseigner, ménage les intérêts du patron et enfin, en cas de désaccord, l'expert-médecin du juge de paix qui vient les départager. Avec le système du docteur Vanverts, le médecin officiel certificateur ne permettrait la représentation ni du blessé ni du patron. Il deviendrait une sorte de professionnel expert avec toutes les tares qui atteignent rapidement ces genres de personnages officiels.

III. — Le rôle du médecin contrôleur d'après les professeurs de facultés de médecine et de droit, MM. Vanverts et Perreau.

Une ingénieuse explication de M. Perreau.

Dans la *Presse médicale* du 1er octobre 1913, M. Perreau, professeur à la faculté de droit de Toulouse, propose, pour pouvoir faire fonctionner la loi-accidents, deux observations ou conseils d'ordre pratique que nous ne saurions accepter. Il dit : « Pour déterminer l'état du malade avec précision, il sera parfois nécessaire au médecin contrôleur de se livrer à certaines opérations, par exemple l'analyse du sang (comme dans notre espèce, cas Clabecq). Or, quand le malade est hospitalisé... les règlements ne lui permettent qu'une simple visite, réservant les opérations de ce genre au médecin ou chirurgien de cet établissement. C'est pourquoi dans notre affaire, le médecin patronal *avait prié* le chef de clinique de procéder lui-même à l'analyse.

Sans doute, il est très ingénieux de la part de M. Perreau de supposer que le médecin-contrôleur, en admettant qu'il ait le droit de prélever du sang sur le blessé, *ait demandé* au chef de cli-

(1) L'arrêt de Cassation du 27 mai 1910 cassant un arrêt de la Cour d'Appel de Montpellier dit « Les prédispositions morbides de la victime d'un accident du travail, qu'elles aient facilité l'accident ou qu'elle en aient aggravé les suites, ne doivent pas être prises en considération dans l détermination de l'indemnité qui lui est due ».

nique de faire un examen qu'il aurait eu le droit de pratiquer si le blessé avait été soigné à son domicile, mais qu'il ne pouvait pas faire, pour la seule raison que le blessé était à l'hôpital, protégé par les règlements spéciaux de l'établissement.

Mais les choses ne se sont pas passées de la sorte. Le chef de clinique n'a pas fait l'analyse du sang à la demande du chef d'entreprise. Il l'avait pratiquée avant que le médecin patronal lui en ait seulement demandé les résultats. C'est donc bien de son seul chef qu'il avait décidé de faire cet examen.

Le médecin patronal a seulement le droit de se renseigner sans toucher au malade.

Il y a là une question plus importante. C'est que M. Perreau, professeur à la faculté de droit de Toulouse, et M. Vanverts, professeur agrégé à la faculté de médecine de Lille, cherchent tous deux à prouver que le médecin patronal est un *expert privé* et que, comme tel, il a sur le blessé, en vertu du § 4 de l'article 4 de la loi-accident, des droits analogues à l'expert désigné par le juge.

Pour se tirer d'embarras, M. le professeur de l'Ecole de Médecine et M. le professeur de l'Ecole de droit, ont *créé un être* nouveau non viable, « l'expert privé » qui aurait les mêmes droits que l'expert officiel. Or, l'expert officiel n'a pas de droit inhérent à sa personne, il n'a que les droits que peut lui déléguer temporairement un juge, et il ne devient expert que lorsqu'il a reçu par un jugement une partie des droits et des obligations du juge. Donc quiconque n'a pas reçu, par jugement spécial, une mission de justice, n'est pas un expert. Seul un juge, *et non un patron*, peut transformer un médecin praticien en médecin expert, délié du secret professionnel.

Il ne peut en être autrement.

1° *Parce que la personne et le domicile du malade sont inviolables.* Si ces deux professeurs de sciences différentes, avant d'exposer leurs idées sur la question, avaient eu la précaution, non pas seulement de lire le texte de la loi, mais aussi de relire les débats parlementaires, ils auraient vu exposées au *Journal officiel* du 24 mai 1901, les raisons par lesquelles M. Mirman a décidé *avec peine* la Chambre des députés à accorder au patron le droit d'avoir un médecin, *non pas pour examiner* le blessé, mais bien seulement *pour se renseigner* sur son état. En voici d'ailleurs deux passages :

« *C'est une chose infiniment grave que de donner l'accès d'un domicile à quiconque n'en est pas le propriétaire ni même le locataire. Un ouvrier est soigné chez lui, il a le droit de refuser l'accès de sa demeure à un médecin quelconque. Il faut que ce droit d'accès soit donné par le juge de paix. Si l'employeur demandait au juge de paix de désigner un médecin auquel la victime aurait de sérieuses raisons de refuser l'entrée de sa maison, le juge de paix, appréciant ces raisons, dirait à l'employeur de proposer un autre médecin. Quel inconvénient voyez-vous à ce que, par une ligne de plus ajoutée à la loi, nous réservions le droit de l'ouvrier et sa propre dignité* ? (Officiel, 24 *mai* 1901, page 125 — 1re colonne, *Délibérations de la Chambre*).

« *Nous prévoyons le cas où le blessé, malgré les offres qui lui ont été faites par le chef d'entreprise, a choisi lui-même son médecin, se fait soigner à domicile ; il fallait cependant donner au chef d'entreprise appelé à payer un moyen de se renseigner sur l'état de la blessure ; il faut qu'il sache à quel moment le blessé sera guéri. Il n'a pas à intervenir dans les soins qui lui sont donnés, il n'a pas à les critiquer, à s'y opposer ; mais il faut bien que de temps en temps, vous lui fournissiez les moyens de savoir dans quel état est cette blessure, à quel moment les deux parties pourront se présenter devant le juge de paix, à quelle époque la contestation pourra prendre fin et être jugée. Nous disons que dans ce cas,* LE CHEF D'ENTREPRISE POURRA PROPOSER A L'AGRÉMENT DU JUGE DE PAIX UN MÉDECIN QUI NE SERA PAS UN EXPERT, MAIS QUI SERA SIMPLEMENT CHARGÉ DE RENSEIGNER LE PATRON *sur l'état dans lequel se trouve la victime. Nous avions mis d'abord dans notre texte, ces mots : « Un médecin chargé de certifier l'état du blessé ». Ce mot « certifier » avait un aspect un peu trop spécial : on pourrait croire que les médecins chargés de certifier auraient une sorte de caractère officiel. Nous y avons substitué un autre mot qui ne nous paraît pas présenter ce caractère ; nous avions dit que ce médecin aurait pour mission, de « reconnaître » l'état du blessé. Quelques-uns de nos collègues viennent de nous proposer un mot différent qui, je l'espère, lèvera tout scrupule et tout doute ; nous disons que ce médecin sera chargé de le « renseigner » sur l'état du blessé.* » (Officiel, 24 *mai* 1901, *page* 1124).

2° *Parce que le blessé n'aurait plus comme garantie de sa sécurité la possibilité de poursuivre le médecin qui aurait commis une faute lourde en cas d'infection.*

C'est là une autre raison pour que le rôle du médecin patronal soit fort restreint et le mette dans l'impossibilité d'établir un certificat médical complet comme le veut le professeur Vanverts ; c'est que non seulement il s'agit de l'inviolabilité de la personne, mais il importe aussi de conserver les droits qu'a le blessé de mettre en jeu les responsabilités des médecins qui commettraient une faute lourde à son égard. Or, comment respecter ces droits si pour se renseigner, le médecin patronal pouvait défaire un pansement, un ap-

pareil de fracture, prélever du sang comme le dit M. Perreau, pour une réaction de Wassermann par exemple, faire de la cutiréaction, etc., etc., toutes choses nécessaires pour donner au patron des renseignements utiles ? et si au cours de ces manœuvres, le malade se trouvait infecté, quel est celui des deux médecins, médecin traitant ou médecin patronal, qu'il pourrait poursuivre ? Les deux médecins se rejetteraient la faute l'un sur l'autre, et l'accidenté se verrait dépouillé de son action en responsabilité.

Enfin comment M. Perreau, professeur à la faculté de droit, ne voit-il pas que si, sous le prétexte de renseigner le patron, son médecin avait le droit de manipuler le blessé à sa guise, de lui faire tous prélèvements de sang qu'il jugerait bon, toutes réactions employées aujourd'hui pour relever les tares des malades, comment, dis-je, M. Perreau ne voit-il pas que la situation d'un blessé serait pire que celle d'un de ces chevaux sur lesquels à l'Institut Pasteur on essaye toutes les réactions. ?

Nous sommes surpris de voir un professeur de faculté de droit et un professeur agrégé de faculté de médecine ne pas se révolter devant d'aussi barbares théories.

Dr DIVERNERESSE.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Les prix de journée des établissements hospitaliers.

Que devons-nous entendre par prix de journée, dans un hôpital, hospice ou asile ?

C'est la dépense occasionnée par chaque journée de séjour dans l'établissement d'un malade, d'un infirme ou d'un vieillard.

Dans un autre sens, c'est le prix de l'unité de séjour, d'après les différents tarifs de traitement appliqués par un établissement hospitalier, suivant les causes de l'hospitalisation et la personnalité, la fortune de l'individu secouru.

Par suite, le terme « prix de journée » a deux significations : tantôt il indique la dépense réelle, ou prix de revient, par journée de présence ; tantôt il énumère les conditions suivant lesquelles les malades aisés, les militaires, les accidentés du travail, ainsi que les indigents (pour lesquels doivent payer les communes où se trouve leur domicile de secours), seront admis à l'hôpital, hospice ou asile.

Cette question est d'actualité, tant dans les préoccupations des commissions administratives des hôpitaux, que dans le monde médical. Un congrès récent, tenu à St-Etienne, a prouvé l'intérêt de ce problème, car le patrimoine des pauvres, affecté par la loi du 7 août 1851, au traitement hospitalier des déshérités de la fortune, ne doit pas servir à l'hospitalisation à prix réduit de tous ceux qui peuvent payer, ou pour lesquels un responsable non indigent doit acquitter les frais de séjour.

Le corps médical s'est souvent préoccupé, dans ses réunions et congrès, de l'admission des malades aisés et des blessés du travail, dans les hôpitaux. Les médecins qui doivent avant tout défendre le intérêts de leurs malades et surtout se préoccuper de faire soigner les pauvres, feraient fort bien d'étudier le prix de journée de leur hôpital local, pour démontrer ensuite à leur commission administrative que les indigents sont lésés par la présence à l'hôpital de malades aisés ou de blessés du travail, qui paient trop bon marché, en-dessous du prix de revient

Les médecins veulent bien donner tout leur dévouement pour rien, lorsqu'il s'agit d'une infortune à secourir ; mais ils ne sont nullement disposés à accorder les mêmes faveurs à ceux qui peuvent parfaitement faire les frais de leur maladie.

D'où les problèmes actuels de la maison de santé privée ou organisée par l'hôpital, comme les conflits avec les rapaces compagnies d'assurances, qui ont surpris la bonne foi du législateur et obtenu de faire soigner à l'hôpital, moyennant un forfait ridicule, des blessés du travail, pour lesquels elles réclament au patron responsable des primes leur permettant de faire des rentes à leurs actionnaires.

Aussi, confrères combatifs et énergiques (nous ne nous adressons qu'à ceux qui en ont assez de la tyrannie des faux pauvres), lisez le livre de M. Daru (1), sur cette question du prix de journée.

Vous y trouverez, condensés en quelques pages, tous les renseignements et toute la jurisprudence propres à vous faire une opinion.

Ce livre vous intéressera fort, comme il nous a été très utile, car il est très bien fait. Après quoi, demandez à l'économe de votre hôpital le règlement de l'établissement, puis les prix de journée, prix de revient et prix conventionnels.

Vous pourrez ensuite, dans vos syndicats médicaux, étudier la question et apporter à la commission de l'hôpital un travail écrit, par lequel vous démontrerez l'utilité de sauvegarder le droit des pauvres d'être soignés les premiers à l'hôpital, avant ces parasites de malades payants, ou de compagnies d'assurances-accidents. Vous pourrez de la sorte prêter vos conseils et votre concours à ceux qui, gratuitement et bénévolement, se dévouent pour administrer le bien des pauvres. Vous pourrez indiquer les économies à faire et les recettes à effectuer : vous aurez, de la sorte, rempli une de vos missions sociales, la collaboration avec les organisations privées ou publiques pour la sauvegarde de la santé de l'hygiène et pour la guérison de ceux pour lesquels le médecin est créé, les malade

Dr Paul BOUDIN.

(1) Librairie Georg, Lyon, passage de l'Hôtel-Dieu, 36, 1 vol. 110 p., 2 fr. 50.

CHRONIQUE SYNDICALE

I. — Extrait du compte-rendu de l'Assemblée générale du 6 juillet 1913 de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Eure.

L'Assemblée générale de la Fédération a été tenue, dans l'une des salles de l'Hôtel de Ville d'Evreux, le dimanche 6 juillet, à 4 heures du soir, sous la présidence du Dr Veslin, l'un des assesseurs du bureau, remplaçant le Dr Martelli, empêché.

Après lecture et approbation du procès-verbal de la séance précédente, le Syndicat des Andelys a soumis à l'examen de la Fédération la demande d'assimilation aux charges de l'A. M. G., des honoraires médicaux qui sont dus aux confrères, pour les soins donnés aux enfants du premier âge placés en nourrice, dont les parents sont insolvables, et a fait valoir, pour le vote de ce vœu, les considérations suivantes :

1° Oubli fréquent de certains parents de nourrissons, soumis à la surveillance du service de la Protection du premier âge, de payer les mois de nourrice et *a fortiori* les frais médicaux dus par leurs enfants ;

2° Difficulté de rendre responsables de ces honoraires, les nourrices qui sont dans une situation peu fortunée et ont déjà fait des avances plus ou moins considérables, quoique privées de leur salaire ;

3° Obligation de soigner ces enfants, et moyen efficace pour le pays, de lutter contre la dépopulation en conservant des enfants déjà nés ;

4° Mais injustice flagrante à faire supporter aux seuls médecins les charges de ces soins,

Ce vœu a été voté à l'unanimité et il a été décidé qu'il serait soumis à l'approbation de nos Syndicats d'arrondissement, pour que chaque bureau, après un vote de son Syndicat, transmette le résultat de ce vote à l'Union des Syndicats, en lui demandant de faire parvenir nos vœux aux pouvoirs compétents, afin d'introduire ces adjonctions dans la loi Roussel, dont l'étude est actuellement à l'ordre du jour du Parlement.

Devant les charges de la nouvelle loi militaire, le Syndicat d'Evreux a cru bon d'étudier la situation faite aux étudiants en médecine, et approuvant les judicieuses considérations de l'un de ses membres, il a proposé de demander que les étudiants soient appelés à 20 ans, pour une première année de service, pendant laquelle ils feraient six semaines d'exercice, pour apprendre le maniement du fusil et termineraient leur première année comme infirmiers. Jusqu'à 26, 27 ou 28 ans, ils seraient envoyés en congé pour acquérir le titre de docteur ou d'interne des hôpitaux de Faculté, et feraient ensuite leur deuxième année de service militaire comme médecin auxiliaire, et leur troisième année, avec le grade d'aide-major. D'un autre côté les étudiants étrangers, voulant exercer en France, ne pourront faire valoir aucune équivalence, et nul ne pourra prendre une inscription en médecine, s'il n'est bachelier, de même que nul n'aura le droit de concourir à l'Internat des Hôpitaux ou d'exercer la médecine dans notre pays, s'il n'a fait son service militaire ou n'a été réformé.

Après examen de ce vœu, chacun de nos Syndicats d'arrondissement devra transmettre le résultat de son vote à l'Union des Syndicats.

L'examen de la révision du tarif Dubief a provoqué le vote de l'ordre du jour du Conseil de l'Union, qui doit être transmis aux Syndicats d'arrondissement et est ainsi conçu :

« Les délégués médicaux chargés de collaborer « à la révision de ce tarif sont invités : 1° A n'accepter d'autres conditions que celles prévues « par les Syndicats médicaux en la note dont ils « ont saisi, depuis cinq ans, le Ministre et la Com- « mission ; 2° à cesser, s'il n'en est pas ainsi, une « collaboration contraire aux vœux des médecins et de leurs clients, couverts par les lois accidents du travail ; 3° à laisser à la Commission et au Ministère la responsabilité des charges nouvelles imposées aux blessés, par aggravation de la part de ceux-ci, dans les frais réclamés solidairement au patron et à la victime « ou au patron seul (pour les deux paragraphes « 4 de l'article 4) ».

Le secrétaire de la Fédération a fait un exposé des devoirs du médecin prévoyant et a montré l'avantage des œuvres de prévoyance et de défense professionnelle qui protègent le médecin et sa famille contre les coups de l'adversité.

II. — Extrait du procès-verbal de la réunion du Cercle médical de Loches.

Le 5 octobre dernier a eu lieu, à Loches, une réunion suivie de banquet des confrères du Lochois, sous la présidence des Drs Durand et Lapeyre.

Le Dr Lapeyre est venu rappeler aux jeunes l'œuvre du Syndicat et a démontré excellemment le besoin d'union qui se manifestait aujourd'hui en présence des collectivités de toutes espèces.

Le Dr Raquin demande conseil aux confrères réunis sur divers litiges existant entre lui, des Sociétés de Secours Mutuels, des confrères, et le service de l'Assistance Médicale gratuite. Tout spécialement en ce qui concerne ce dernier point, il est décidé que le Dr Raguin fournira les preuves que le Libre Choix n'est pas observé dans sa région et qu'ensuite le Bureau du Syndicat portera cette question devant M. le Préfet d'Indre-et-Loire.

Le Dr André entretient ses confrères de diverses questions concernant la loi 98 (honoraires — prescription d'un an, tarif Dubief, etc...)

Le Dr Margny signale l'office de recouvrement de M. Vimont, greffier de paix à Loches, qui fonctionne à l'entière satisfaction de tous les confrères qui ont recours à lui.

Le Dr Lablancherie se fait l'ardent propagateur des œuvres du *Concours*. Il explique clairement en particulier l'avantage qu'ont les jeunes médecins à se montrer prévoyants en s'inscrivant à l'Amicale-Maladie, et même au « Sou médical ». Une longue discussion s'engage même à propos du « Sou » et de la Société « La Médicale » dont nous aurons peut-être occasion de parler à nouveau.

Le Dr Maxime Stecewicz plaide si chaleureusement la cause de l'Association médicale d'Indre-et-Loire, que trois confrères, MM. Giraud, Ferraudou et Crosse, demandent immédiatement des parrains.

III. — Cercle de Tours 18 octobre 1913.

M. Cosse donne lecture de la lettre adressée à la Commission Administrative de l'Hôpital, relative à l'admission des accidents du travail dans cet établissement hospitalier ainsi que l'engagement pris par les chefs de service de l'Hôpital de ne pas fournir de certificats aux accidentés qu'ils seraient obligés de soigner dans ces conditions.

IV. — Extrait du procès-verbal de l'Assemblée générale du Syndicat de Tours du 18 octobre 1913.

L'Assemblée générale est appelée à donner son avis sur les différentes questions qui sont mises à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de l'Union et sur le mandat qu'elle veut donner à ses délégués sur ces différents points.

Elle approuve l'organisation d'un Congrès de Praticiens en 1914 et accepte le principe d'une subvention à ce Congrès. Le Secrétaire général fait ensuite le résumé des différentes questions ci-dessous et l'Assemblée vote les décisions suivantes.

Dans le tarif Dubief, abolition absolue du forfait ; relèvement dans toutes les communes du prix de la visite dont le minimum sera 2 francs ; examen attentif et détaillé des articles du tarif relatifs aux différentes interventions et à certains points non prévus dont les honoraires doivent être fixés à un taux plus rationnel.

Pour l'inspection des Ecoles : organisation sous le contrôle des Syndicats médicaux.

Sur la question de la Commission Chéron, l'assemblée estime que les confrères appelés à siéger refusent ces nominations.

V. — Extrait du procès-verbal de la réunion du 12 octobre 1913 du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes.

L'Assemblée générale du 12 octobre 1913 est ouverte, sous la présidence du Dr Pech, président, qui prononce au sujet de notre regretté confrère, le Dr Vauriot, décédé depuis notre précédente réunion, les paroles suivantes :

« Vous savez, Messieurs, que le Dr Vauriot, un des membres les plus zélés de notre Syndicat, est mort, il y a deux mois de façon si imprévue qu'il m'a été impossible, étant absent à cette époque, d'assister à ses obsèques contrairement à mon désir.

« C'est pourquoi j'ai pensé qu'il était de mon devoir de rappeler devant vous, au début de cette séance, cet évènement douloureux.

« Je serai bref, puisque aussi bien les paroles nécessaires ont été prononcées sur la tombe de notre ami par notre distingué confrère, le Dr Puech au nom de la Société de Médecine.

« *Vauriot, Messieurs, était un syndicaliste de la première heure ; il faisait partie de toutes les œuvres de défense professionnelle et je ne rappelle que pour mèmoire le procès retentissant qu'il eut à soutenir il y a quelques années et au cours duquel it fut* ADMIRABLEMENT DÉFENDU PAR LE « SOU MÉDICAL » *dont, soit dit en passant,* TOUS LES PRATICIENS DE FRANCE DEVRAIENT FAIRE PARTIE.

« J'ai eu personnellement l'occasion d'éprouver à maintes reprises son zèle syndicaliste, notamment au cours d'une copieuse correspondance dont il a bien voulu m'honorer depuis la création de notre nouveau Syndicat jusqu'à la veille presque de sa mort. Ses lettres sont remplies de conseils éclairés, d'encouragements précieux et de projets qui, malgré et peut-être même à cause de leur caractère quelquefois utopique et outrancier, révélaient chez notre confrère défunt une grande ténacité au service de sentiments d'altruisme et de solidarité dignes d'être proposés en exemple.

« C'est pourquoi, Messieurs, je suis sûr d'être l'interprète de tous les membres du Syndicat en adressant à ce bon confrère qui vient de nous quitter si prématurément un souvenir ému, une pensée affectueuse, et à sa famille éplorée l'hommage de notre respectueuse et sincère pathie.» (*Approbation générale*).

L'ordre du jour de la séance met en discussion la question de la *vaccination dans le département.*

Le Dr Pech rend compte des démarches faites à ce sujet et en particulier de la visite à M. le Préfet. La délégation, composée de MM. Pech et Crouzet, pour notre Syndicat, Boissier, président du Syndicat d'Alais, et Rocheblave, président du Syndicat des Basses-Cévennes, se présenta à la préfecture le 23 septembre et fut reçue, est-il utile de le dire ? de façon fort aimable par M. Duponteil. Mais à son attitude pendant

l'exposé de nos revendications et dès ses premières paroles il fut aisé de comprendre que le Préfet avait son siège fait sur la question. On doit reconnaître d'ailleurs qu'il fit preuve d'une franchise qu'on ne rencontre pas toujours chez les hauts fonctionnaires, habitués à recourir aux moyens dilatoires. Il déclara (c'est du moins le sens de ses paroles) à nos confrères, que le système actuel l'accommodait trop pour qu'il songeât à le modifier, que c'était un système sûr et pratique au point de vue financier, *qu'il avait bien en mains le fonctionnaire chargé de l'appliquer*, que d'ailleurs le fonctionnement de ce service était parfait à son sens et qu'il se faisait fort de démontrer, statistiques en main, que le département du Gard est celui dont le pourcentage de vaccinés et revaccinés est le plus élevé.

M. le Préfet s'empressa d'ajouter que telle était son opinion et telle aussi sa résolution, mais qu'il ne trouvait pas étrange notre démarche, nous félicitant de prendre la défense des intérêts de notre profession ; il termina en assurant qu'il était prêt à discuter la question devant le Conseil général et que, dans le cas où nous aurions de ce côté un nouvel insuccès, il n'aurait aucune surprise à nous voir soutenir notre cause par tous les moyens possibles. A la fin de l'audience, nos délégués ont cependant obtenu satisfaction sur un point assez important soulevé par notre confrère Rocheblave. Il s'agit des certificats de vaccine que le médecin vaccinateur départemental prétend avoir le droit de tenir pour nuls lorsqu'ils émanent de tout autre que de lui, ce qui nous paraît abusif et contraire à la loi. M. le Préfet partage sur ce point notre opinion et promet de s'occuper de ce détail

Après cet exposé, le Dr Pech ajoute qu'il a vu personnellement 17 des membres du Conseil général, dont les 5 médecins qui font partie de cette assemblée.

Sur le conseil du Dr Mourier, président de la Commission départementale qui veut bien se charger de présenter nos revendications au Conseil général à sa prochaine session, nous devrons résumer clairement nos desideratas afin que notre confrère puisse les communiquer lui-même en séance à l'Assemblée départementale et mettre la question en discussion.

Le Président termine en donnant lecture de la lettre qu'il a reçue sur le même sujet du Dr Lafontaine, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux, et qui nous promet son concours sans réserve dans l'action que nous avons entreprise.

La discussion est ouverte ; y prennent part : MM. Lyon, Laurent, Crouzet, Mouret, Lafont, etc. On peut la résumer ainsi : le Syndicat remercie son président pour toute la peine qu'il a déjà prise et compte sur lui pour soutenir nos revendications ; prend acte des promesses des confrères membres du Conseil général ; engage chaque syndiqué à voir personnellement les conseillers généraux qu'il peut connaître et, en attendant la session de mai, à se procurer de nouveaux exemplaires de la « Convocation individuelle » jusqu'ici envoyée par les Mairies aux assujettis à la loi, à l'occasion des séances de vaccination. De son côté, le Bureau consultera les Conseils judiciaires du Syndicat ainsi que l'avocat du « Sou médical » afin d'obtenir leur opinion sur la question.

Au sujet de la deuxième partie de l'ordre du jour : *Relèvement des honoraires*, la discussion qui s'est engagée est close par le vote à l'unanimité des résolutions suivantes : 1° Par décision du Syndicat des médecins de l'arrondissement de Nîmes, le prix de la visite simple ou de la consultation au cabinet est fixé à 3 francs au minimum ; 2° Le Bureau fera imprimer des affiches et des papillons destinés à faire connaître cette résolution à la clientèle ainsi que des feuilles pour notes d'honoraires à en-tête du Syndicat. Affiches, papillons et notes d'honoraires seront mis à la disposition des confrères, non syndiqués ou syndiqués, qui en désireront.

Parmi les *questions proposées par l'Union*, nous retenons seulement celle qui a trait à l'*attitude des praticiens devant l'initiative du Ministre du Travail* (*fonctionnarisation, hygiène publique*) à laquelle il a été fièrement répondu : Les Syndicats médicaux n'ont pas à discuter des circulaires dans lesquelles le Ministre, puisqu'il prétend nommer lui-même les représentants des Médecins dans la Commission créée par le décret du 1er juillet et modifiée par le décret du 20 août, ignore délibérément les Syndicats. Les praticiens doivent eux aussi ignorer ces circulaires tant que l'on refusera de tenir compte des revendications formulées par leurs Syndicats ; ils s'emploieront de toutes leurs forces à aider l'action entreprise à ce sujet par l'Union.

VARIÉTÉS

Conte de Noël.

Rêveries et fumées.

...Or, donc, l'autre mercredi, veille de Noël, les enfants couchés, après avoir, comme il convient, mis dans la cheminée leurs plus vastes chaussures, les femmes et les gens partis à la messe de minuit, je rêvassais près du feu, en attendant l'heure des ripailles réveillonnesques.

Et voilà que, sans bruit, la fenêtre de ma salle à manger s'ouvrit et qu'entra le bonhomme Noël. Oui, Mesdames, oui, Messieurs, le bonhomme Noël lui-même, en personne naturelle, oserai-je dire. Même, il était vêtu, à l'accoutumée, d'une ample robe de bure dont le capuchon, rabattu sur les yeux, couvrait entièrement sa tête et le haut de son visage. Une hotte profonde, toute débordante de poupées, de chevaux mécaniques, d'uniformes de cuirassiers, de pompiers, de simples fantassins, — les uniformes se portent beaucoup en cette fin d'année 1913, — de marrons glacés, de crottes en chocolat, voire, de verges acérées, était suspendue sur ses épaules.

Il s'approcha des souliers enfantins ; puis, après avoir gravement consulté un livre d'adresses, — le Bottin mondain des sphères célestes, sans doute, — il y déposa différents bibelots.

Cette besogne accomplie, le père Noël se retourna vers moi et d'une voix rude :

— Et maintenant, me dit-il, à nous deux ! Expliquons-nous.

Horreur ! le père Noël avait les traits de M. Henry Chéron, — un Chéron vieilli, mais parfaitement reconnaissable... Sans doute, le teint n'avait-il plus cette chaude carnation que donne à ses fils la terre normande ; sans doute la barbe ne rutilait-elle plus comme naguère et avait-elle pris les tons jaunis du vieil ivoire. Mais c'était toujours le même œil flamboyant ; c'était la même voix aux intonations chaudes et caressantes, malgré sa rudesse momentanée.

Vous l'avouerai-je ? Je ne me sentis nullement ému et ce fut sans crainte aucune que je regardai bien en face mon interlocuteur. Je m'aperçus alors que la hotte débordait maintenant de monceaux de papier imprimé où je lisais ici, *loi sur les retraites ouvrières, loi sur les habitations à bon marché, loi sur l'insaisissabilité des petits salaires* ; là, *décret nommant la commission...* ; ailleurs, des lambeaux de discours : *Citoyens... mon amour de la démocratie... Un peuple libre dans un pays affranchi... Guerre à l'alcool.... Je soutiendrai le privilège.... que dis-je ? citoyens, le droit des bouilleurs de cru.... Et grâce à la Mutualité qui englobera la totalité des citoyens français présents, passés et futurs, etc., etc.*

— Opposons à sa colère, pensai-je en moi-même, la douceur du mouton...

Mais lui :

— Je lis dans votre pensée, reprit-il. Et je lis aussi régulièrement votre tonnerre de Dieu de *Concours médical.* Or, si vous faites ici le mouton, il n'en est pas moins vrai que vous, vos bergers, et vos chiens, vous ne m'épargnez guère... En vérité, je ne sais ce qui me retient de me venger sur l'heure..... Mais patience ! Rira bien qui rira le dernier...

— En attendant cet ultime sourire, ne sied-il pas qu'ainsi que vous m'y conviâtes d'abord, nous nous expliquions ? Que vous en semble, père Noël.... non, Monsieur le Ministre...

— Je ne suis plus Ministre, interrompit-il d'un accent où perçaient à la fois de la colère, de l'amertume, du regret, de l'espoir....

— Vous ne l'êtes plus... Mais vous le redeviendrez (ses traits, à ces mots, se rassérénèrent). Eh bien, causons amicalement, puisqu'aussi bien, l'occasion nous en est offerte, et laissez-moi vous dire tout d'abord que si le monde médical se montre tellement irrité contre vous, c'est bien parce que vous l'avez provoqué, convenez-en, le premier...

— Provoqué ! ! ! provoqué ! ! ! Moi qui ai toujours rendu un si vibrant hommage au dévouement, à la conscience, au désintéressement des médecins...

— N'en jetez plus, je vous en supplie... ou vous me donneriez à croire que derrière ces embrassements, se tient, dans l'ombre, le grand étranglement.

— Allons, vous exagérez... Vous savez bien, tout au fond de vous-même, que je ne suis pas aussi mauvais...

— J'exagère ? Et votre fameuse Commission...

— Ma Commission, ma Commission... Vous n'avez que ce mot sur les lèvres. C'est votre tartre à la crème... Mais Diverneresse vous l'a dit, souvenz-vous-en, elle n'est pas de moi, cette Commission... Et si je n'avais pas été abusé....

— Ah ! ah ! vous fûtes abusé, vous aussi ? Serait-ce par ces bons messieurs les assureurs ???

— Chut ! chut ! Ne vous ai-je dit que je lis attentivement votre *Concours* ?

— Vous avez même proféré : ce tonnerre de Dieu de *Concours*...

— Mes yeux se sont ouverts.... Je suis désabusé...

— Tout comme dans Polyeucte....

— Vous l'avez dit !

— Alors, vous convenez maintenant que l'Etat n'a aucun droit d'ingérence entre les malades et les médecins qui les soignent... Vous convenez que votre Commission...

— Ne m'en parlez plus. Elle a fait long feu...

— Mais si, parlons-en... L'idée n'en est pas mauvaise en soi... Ce qui pêche, oh ! mais là, abominablement, c'est son but et sa composition. Il y avait mieux à faire... Et il est étrange que l'homme intelligent que vous êtes n'y ait pas réfléchi.

— Je finis par croire que vous n'avez pas tout à fait tort...

— Et ce n'est pas trop tôt...

— Alors, selon nous, j'aurais mieux fait de prendre d'abord l'avis du corps médical organisé ???

— Cela n'est pas douteux, et moi, tout le premier, je ne vous l'envoyai pas dire dans une lettre qui me valut les foudres moqueuses du brave Campinchi....

— Oui, je me souviens... Mais alors, il est peut-être encore temps de s'entendre ?

— A quoi bon, père Noël... non, M. le Sénateur, puisque vous n'êtes plus Ministre...

— Oui, mais je le redeviendrai. C'est vous-même qui l'avez dit tout à l'heure..

— Heu ! heu ! Est-ce bien sûr ???

— Comment, si c'est sûr ?... Entre nous, n'est-ce pas ? Je marche avec Briand et je suis de la prochaine combinaison.....

— Vous m'en direz tant !!! Laissez-moi vous faire remarquer cependant que cela n'a d'importance pour nous que si vous retournez au Travail, ou pour le moins à l'Intérieur... Or, on vous a déjà vu à la Guerre, puis à la Marine, puis au Travail... Qui sait si, demain, on ne vous enverra pas aux Beaux-Arts, ou à l'Agriculture.

— C'est vrai, je n'y pensais pas... Nous autres, pauvres ministrables, on nous met tellement à toutes les sauces !... Mais, pour vous montrer ma bonne volonté, je redemanderai, et au besoin, j'exigerai le Ministère du Travail...

— Ou de l'Intérieur, dont dépend l'Hygiène et l'Assistance publiques... Cela vous irait aussi bien.... avec la Présidence du Conseil..

— Flatteur !!!

Il garda quelques instants le silence. Sous l'action de je ne sais quel rêve intérieur, son auréole de père Noël brillait d'un éclat éblouissant... Puis, il reprit :

— Mais revenons à nos moutons...

— A leurs bergers et à leurs chiens aussi...

— Surtout que je ne veux plus passer pour le loup... Donc, une Commission pourrait avoir son intérêt. Mais vous lui voulez une composition définie ? ?

— Dame ! Quand vous faites réparer la toiture de votre maison du Pays d'Auge, vous vous adressez à un couvreur, n'est-il pas vrai ? et non au sous-préfet de Lisieux ? Eh bien ! Pour discuter de questions médicales, c'est aux médecins qu'il vous faut recourir, et non à de quelconques parlementaires, à des industriels, mêmes notoires, à des employeurs plus ou moins suspects.... Vous aviez mesuré chichement la place au corps médical dans votre combi-

naison... Six médecins seulement!... Nombre dérisoire.... Sur 36 membres prévus au décret, c'est 18 médecins que vous deviez choisir.

— 18 médecins ! Fichtre, comme vous y allez ! Mais c'est la moitié de la Commission ni plus ni moins, avec la majorité assurée...

— Mais non, mais non. La partie serait égale, et le Président, choisi dans l'autre fraction avec voix prépondérante, serait là pour départager les votants.

— Soit ! Mais ces 18 médecins, où les prendre ?

— Où les prendre ? Mais dans les Syndicats ; c'est tout indiqué. Le Syndicat n'est-il pas le groupement naturellement désigné par la loi pour défendre les intérêts professionnels de ses membres ? Il ne faut tout de même pas oublier que les Syndicats médicaux ont une existence parfaitement légale et régulière, et que, depuis 1884, ils sont seuls qualifiés pour traiter de semblables questions...

— Mais tous les médecins ne sont pas syndiqués... Que diront ceux qui n'appartiennent pas à vos associations syndicales ???

— Ils diront ce qu'ils voudront... La loi ne les connaît pas au point de vue qui nous intéresse, et les Pouvoirs n'ont pas à compter avec eux...

— Hem ! hem ! Cela me semble bien hasardeux ! ! !

— Parce que vous ne voulez pas voir les choses telles qu'elles sont.

— Et en supposant que je vous donne finalement raison sur la composition de la Commisson, quel serait son but ???

— Son but ? Ce serait, tout d'abord, de demander aux Syndicats d'élaborer un projet d'organisation des services de la médecine publique, et quand ce projet aurait été mûrement réfléchi, de l'examiner à son tour, afin d'en tirer le meilleur parti possible... Le futur Congrès des Praticiens apportera peut-être prochainement ce projet.

— Tiens, tiens ! ! Ça n'a pas l'air trop bête ce que vous me proposez là.

— Tenez pour assuré que, de cette méthode de travail, sortirait un système qui ne serait sans doute pas parfait. — la perfection n'existe pas pour les humaines entreprises, — mais qui n'en concilierait pas moins le plus harmonieusement possible les différents intérêts en présence, ceux des malades d'abord, les plus sacrés, — ceux de la Société, parfaitement respectables, — ceux enfin des médecins, qui comptent bien un peu, j'imagine, dans la circonstance.

— Mais savez-vous que vous vous exprimez fort bien, et que vous plaidez avec une chaleur convaincante une cause qui me paraît maintenant très juste ?

— Vous êtes trop bon, Monsieur le Président du Conseil...

— Farceur, va... Je ne le suis pas encore.....

Et en disant ces mots, le père Noël-Chéron éclata d'un rire sonore, plein de sous-entendus et d'espoirs, en m'allongeant une bourrade..... Et je me réveillai ahuri, entouré des enfants, qui, s'étant levés subrepticement pour examiner curieusement le contenu de leurs souliers, me secouaient à qui mieux mieux...

La vision s'est évanouie en même temps. Evanouis aussi les aimables propos sortis, de toutes pièces de mon imagination enfiévrée..... Puisse 1914 les transformer en réalités tangibles, pour la plus parfaite quiétude du corps médical enfin traité comme il le mérite et y a droit !....

G. Duchesne.

REPORTAGE MÉDICAL

— **Ecole de psychologie.** — 49, rue Saint-André-des-Arts, Cours de 1914 (14e année). — (Les cours et les conférences de l'Ecole de Psychologie sont publics.)

Psychothérapie. — Hypnotisme thérapeutique. — Dr Bérillon, professeur. Objet du cours : 1° Psycho-pathologie des sentiments affectifs. — La psycho-analyse. 2° L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : Les enfants anormaux. Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 8 janvier.

Psychologie pathologique. — Dr Paul Farez, professeur. Objet du cours : Les entretiens psychologiques dans le traitement des psycho-névroses. Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 10 janvier.

Psychologie musicale. — Dr Demonchy, professeur. Objet du cours : Applications sociales et thérapeutiques de la musique. Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 9 janvier.

Psychologie des sensations. — Dr Iribarne, professeur. Objet du cours : La physiologie de la voix. Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 7 janvier.

Psychologie des animaux. — M. Lépinay, médecin-vétérinaire, professeur. Objet du cours : Adaptation des animaux à leur utilité sociale. Le dressage du chien, Les mardis à cinq heures, à partir du 6 janvier.

Anatomie et psychologie comparées. — M. Grollet, médecin-vétérinaire, professeur. Objet du cours : L'évolution mentale chez les animaux supérieurs. Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 8 janvier.

Psychologie du criminel. — M. Guilhermet, avocat à la cour, professeur. Objet du cours : Le milieu criminel. Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 9 janvier.

Pédagogie des enfants anormaux. — M. G. Quinque, professeur. Objet du cours : Les enfants anormaux. La pédagogie des arriérés. Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 7 janvier.

Psychologie du mouvement. — M. H. Gosset, professeur. Objet du cours : Rôle des sports dans l'éducation. Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 10 janvier.

Psychologie sociologique. — M. P. Saintyves, professeur. Objet du cours : Théorie générale de la magie chez les primitifs et les demi-civilisés. Les jeudis à cinq heures et demie, à partir du jeudi 8 janvier.

Psychologie biologique. — Dr Artault de Vevey, professeur. Objet du cours : Rudiments du psychisme dans la nature. Les jeudis à 6 heures à partir du jeudi 8 janvier.

Méthode expérimentale. — M. Louis Favre, professeur. Objet du cours : Etude des phénomènes psychiques ou métapsychiques. Les jeudis à 4 heures et demie, à partir du jeudi 8 janvier.

— **Hôpital St-Antoine.** — M. le Dr Albert Mathieu et M. le Dr Jean-Charles Roux ont recommencé, le jeudi 8 janvier, la suite des Leçons sur les maladies de l'estomac et les continueront tous les jeudi à onze heures.

(Amphithéâtre de la Maternité de St-Antoine.)

Le Directeur-Gérant : **Dr H. JEANNE.**

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-sixième année. N° 3 Dimanche 18 Janvier 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN



Hippolyte-Amédée JEANNE

Docteur en Médecine

Ancien médecin de la Marine

Directeur du ***Concours Médical***

1853-1914

NÉCROLOGIE

H. JEANNE -- 1853-1914

Au début de sa trente-sixième année, le *Concours médical* paraissait près d'atteindre son apogée. Entouré d'amis nombreux et sincères, de collaborateurs fidèles et dévoués, dirigé avec hardiesse et prudence, administré avec ordre et sagesse, nul obstacle ne paraissait pouvoir se dresser sur sa route, ni attarder sa marche prospère.

Nous, les « *hommes du Concours* », titre dont nous nous faisons gloire, nous allions étroitement unis, cheminant la tête haute à la poursuite de notre idéal de justice et d'indépendance ; les plus jeunes, fiers de l'expérience, de l'habileté, de la prudence, des états de services de leurs aînés ; les anciens heureux de sentir derrière eux une phalange enthousiaste capable de continuer l'œuvre et de porter encore plus haut le flambeau sacré.

Nous étions donc dans cette période de prospérité, de force et de confiance dans l'avenir, quand soudain la Mort nous a cruellement frappés.

Elle nous a frappés en aveugle et a frappé à notre tête. C'est le meilleur, le plus fort d'entre nous, le pilote qui, d'une main ferme et souple, conduisait notre esquif au milieu des écueils, c'est celui qui depuis près de vingt ans dirigeait le *Concours médical* qu'elle est venue nous ravir.

Jeanne, notre ami, notre guide, notre directeur, Jeanne, l'âme de notre maison, le meilleur champion de notre syndicalisme, Jeanne, en pleine possession de sa volonté, de son talent, de son énergie, vient de nous être brutalement enlevé.

La veille même de sa mort, nous avions, comme de coutume, échangé, le soir, nos idées sur les questions dont la résolution nous obsède. Avec son clair jugement, sa grande connaissance des hommes, il avait dissipé nos doutes et nous avait rendu confiance. Nous nous étions quittés avec la certitude de reprendre, le lendemain, la conversation interrompue, quand, le matin, un coup de téléphone sinistre nous apprenait la **fatale nouvelle : notre** ami Jeanne n'était plus, il s'était endormi paisible, rêvant sans doute aux propos de la veille, et ne s'était pas réveillé.

Quelle belle, bonne et douce mort, si elle ne laissait derrière elle un long cortège de regrets, si celui qui est disparu ne laissait une œuvre encore incomplète !

« La mort qui prévient la caducité, a dit La Bruyère, arrive plus à propos que celle qui la termine ». Si elle a été clémente pour Jeanne, si elle est venue le prendre au moment où aucune infirmité, aucune déception n'avait pu assombrir l'avenir, il nous est permis à nous de nous plaindre et de pleurer amèrement celui qu'elle nous enlève.

Il faut connaître la vie de Jeanne pour apprécier l'étendue de notre perte ; il faut savoir ce qu'il a fait sans bruit, dans un labeur de tous les instants, soutenu par une volonté de fer, pour savoir, ce que nous, médecins praticiens, nous lui devons. Ah ! c'était un cerveau puissamment organisé que celui de notre ami ; il ignorait les emballements irraisonnés comme les dépressions décourageantes. On eût dit que Pascal ait écrit pour lui cette pensée profonde :

« Ce que peut la vertu d'un homme ne doit pas se mesurer par ses efforts, mais parce qu'il fait d'ordinaire. »

***

Né à Agon (Manche), le 11 octobre 1853, JEANNE (Hippolyte-Amédée) était issu d'une famille de marins normands.

Le capitaine au long cours qui fut son père, ses oncles maternels, les amiraux Méquet, lui avaient transmis par atavisme à la fois le goût des aventures et l'amour du sol natal. Il avait conservé un véritable culte pour sa petite patrie. Aussi, dès qu'il en avait le loisir, il courait à Agon retrouver le bourg où s'était passée son enfance, et à la longue plage sablonneuse qui avait été témoin de ses premiers ébats. Nous l'avons vu, assis sur la digue de Cou-

tainville, contempler la mer en silence, sans s'inquiéter du vent qui soufflait en tempête, ni du sable qui brutalement venait nous souffleter. Il nous avouait, lui, l'homme d'action par excellence, qu'il trouvait dans cette contemplation monotone de l'horizon sans fin le plus puissant des réconforts, et qu'il puisait dans ce rêve imprécis une énergie nouvelle.

Jeanne avait l'âme d'un marin : aussi songea-t-il à le devenir. Il entrait à 18 ans à l'Ecole de médecine navale de Brest et, durant 12 ans, il servit comme médecin dans la flotte, sans prendre d'autres congés que ceux nécessités par la terminaison de ses études médicales. Aide-médecin tour à tour sur l'*Austerlitz* et l'*Atalante* (1875-78), médecin-major du *Beaumanoir*, il fit le tour du monde, et croisa quatre années dans les mers de Chine, du Japon et de l'Océanie. A son retour, attaché successivement au *Sagittaire*, au *Vinh-Long*, et enfin au *Borda*, il fut reçu docteur le 11 juillet 1883. Peu après, désirant se marier, il donna sa démission et vint s'installer à Meulan, en Seine-et-Oise, le 7 novembre 1883.

Dès que sa situation médicale fut assurée, en 1886, il épousa Mlle Marie Dupont, sa compatriote. Jamais ménage ne fut plus uni, jamais époux n'eut plus que lui de délicates attentions, d'affectueux respect pour celle qui fut la compagne dévouée de sa vie, et qui, à l'heure actuelle, est plongée dans la plus déchirante douleur.

***

A Meulan, Jeanne devint aussitôt le médecin apprécié qui savait imposer la confiance. Du coup, il fut quelqu'un, et quand, à la demande du Préfet de Seine-et-Oise, les médecins de l'arrondissement de Versailles, réunis pour organiser l'Assistance médicale gratuite, se groupèrent en Syndicat sous la présidence du regretté Dr de Fourmestreaux, Jeanne fut le secrétaire, la cheville ouvrière de cette nouvelle société qui devint un modèle de nos groupements professionnels.

Jeanne n'était pas le faiseur de projets utopiques, mais bien l'homme des réalisations immédiates.

Fort de l'estime et de la confiance de tous ses confrères, il parvint, il y a plus de vingt ans, avant même la promulgation de la plupart des lois médico-sociales, à faire organiser par le corps médical du canton de Meulan et avec la collaboration de tous les praticiens, l'assistance médicale à domicile, l'assistance médicale hospitalière la défense sanitaire et la désinfection sous la surveillance et le contrôle du médecin traitant lui-même. Il fit plus, il obtint d'un maire intelligent dont il avait capté la confiance, la création du bureau d'hygiène de Meulan qui, grâce à une entente intercommunale, ne tarda pas à devenir le bureau d'hygiène du canton de Meulan.

Sa réputation de syndicaliste ardent, aux vues nettes et pratiques, fut aussitôt établie et lorsqu'en 1893, Cézilly et ses amis du *Concours médical* fondèrent l'*Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie*, Jeanne en fut élu secrétaire général et devint la clef de voûte de cette utile institution.

***

Le 18 novembre 1894, l'Assemblée générale du *Concours Médical* avait, comme elle le fit l'an dernier, inscrit à son ordre du jour : quel devait être le rôle du médecin dans l'application des lois médico-sociales ? Jeanne exposa dans un rapport clair et précis ce que son Syndicat, ce que lui-même avaient, depuis longtemps, fait, sous le simple titre : *Application des lois médicales en Seine-et-Oise.*

La communication eut un immense succès ; il fut décidé qu'elle serait adressée à M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène au Ministère de l'Intérieur, pour montrer à l'administration ce que les syndicats médicaux pouvaient réaliser. Cézilly, qui savait juger les hommes et apprécier les caractères, comprit ce que valait Jeanne et lui ouvrit la rédaction du *Concours médical* (1895).

Le journal prit, grâce à Jeanne, une vie nouvelle. Nous le vîmes inaugurer en première page les *Propos du jour* qui, en quelques lignes, fixèrent dès la première année tout le programme professionnel du *Concours médical.*

Il faut relire les *Propos* de cette première année de collaboration de Jeanne. Chaque article est encore d'une pressante actualité. Après avoir montré quel pouvait être le rôle bienfaisant du médecin syndiqué en médecine sociale, nous voyons Jeanne ouvrir une enquête sur les Sociétés de Secours mutuels (1). Il n'a pas de peine à montrer sur quelle base est fondée la pseudo-mutualité pour laquelle quelques-uns de nos confrères conservent encore de la crainte et du respect, base qui n'est autre que l'exploitation du

(1) Voir *Concours Médical* du 16 mars 1895, du 20 juillet 1895, etc.

médecin. Il étudie tous les moyens d'entente avec la Mutualité et reste plus que sceptique sur leurs résultats. Après 20 ans de luttes, l'avenir ne lui a-t-il pas donné raison ? Néanmoins quel chemin parcouru depuis ! Dans cette enquête, nos confrères discutent l'admission des gens aisés, osent entrevoir la suppression hypothétique de l'abonnement, aucun ne songe même à y poser le principe du libre choix du médecin par le mutualiste.

Tout en faisant cette enquête, dont nous conseillons la lecture à ceux qui croient encore possible une tractation avec la Mutualité, Jeanne songeait aux progrès scientifiques de la médecine et au relèvement des études médicales. Dans un article intitulé la *bactériologie et la profession médicale* (23 mars 1895), il écrivait :

« Il faut marcher avec son temps. Retournons à l'Ecole, et préparons l'évolution par crainte d'une révolution ».

Et peu après (20 avril 1895), il posait nettement la question des réformes des études médicales et critiquait même l'agrégation.

Déjà la fonctionnarisation du médecin le préoccupe (30 mars 1895) ; il veut à tout prix que le praticien conserve la direction de l'hygiène et de la prophylaxie.

« Tout ce qui concerne la santé publique, écrit-il, nous regarde. Nous serions les premiers à trouver mauvais que ces questions fussent tranchées par d'autres que par nous. Et s'il faut que les lois nouvelles amènent la création de fonctionnaires nouveaux, souhaitons que ceux-ci soient médecins, c'est-à-dire compétents.

« Faisons, en un mot, nos affaires nous-mêmes. Laisser à d'autres le soin de concilier notre intérêt particulier qu'ils ne connaissent pas, avec l'intérêt public, qu'ils apprécient mal, ce serait risquer notre dignité et abdiquer nos prérogatives les plus sacrées. »

N'est-ce pas là, dix-huit ans à l'avance, tout le programme du prochain Congrès des Praticiens ?

Ce fut cette même année 1895, cette première année de collaboration au *Concours*, que Jeanne montra la nécessité de baser rationnellement nos tarifs d'honoraires (*Conc. méd.*, 28 sept. 1895). C'est de cette année que date aussi la déclaration de guerre aux compagnies d'assurances contre les accidents. Dans un « Propos du jour » du 19 oct. 1895, après avoir examiné les rapports des médecins avec les compagnies, Jeanne conclut :

« Pas de concessions à qui n'y a nul droit : Notre intérêt nous l'interdit. Tel est notre sentiment. »

Ainsi, nous voyons, en une année de début dans le journalisme, cet homme étonnant préciser tout le programme du syndicalisme médical, toutes les questions qui furent des objets d'études pendant 18 ans, dans ce journal : assistance, hygiène, mutualité, compagnies d'assurances, réformes de l'enseignement, rôle social du praticien et fonctionnarisation du médecin.

Nous ne pouvons suivre pas à pas les 18 ans de la carrière de Jeanne dans le *Concours médical*. Nous nous contenterons de marquer les grandes étapes de sa vie. En 1897, il fut un des fondateurs, l'organisateur — nous allions dire l'initiateur — du « Sou médical », l'œuvre la plus utile, la plus prospère qui sortit du *Concours*, et dont, pendant plusieurs années, il fut secrétaire général. Cette même année 1897, il élaborait sa tarification rationnelle des honoraires médicaux et publiait le tarif si connu sous le nom de « Tarif Jeanne », qu'il soumit, il y a un an, à une complète révision, avec le concours d'une commission dont le Dr Chapon fut le dévoué rapporteur.

En 1899, le Parlement venait d'assimiler dans la loi des accidents du travail les honoraires pour soins donnés aux accidentés à ceux de l'Assistance médicale gratuite ; ce fut dans le corps médical une tempête de protestations indignées. Jeanne pensa que le médecin, suivant une vieille habitude, se soumettrait après avoir crié et admettrait avec résignation cette semi-gratuité. Il voulut le défendre d'une manière plus efficace.

Le 1er avril 1899, il adressa dans le *Concours médical* un appel aux médecins. « Puisque les assureurs ne veulent pas nous payer, disait-il, fondons nous-mêmes de nos propres deniers une Compagnie d'assurances, qui honorera les soins donnés aux sinistrés, à un taux raisonnable. » L'appel fut entendu ; en moins de huit jours, plus de 200.000 francs arrivaient au *Concours*. Jeanne dut arrêter l'élan. La *Financière médicale* était fondée : elle prenait part à la création de la *Participation* qui atténua durant quelques années l'injustice du Parlement.

Ce fut là un bel exemple d'*action directe* (dans le bon sens du mot) en matière de défense professionnelle. La revision de la loi des accidents du Travail et la création du tarif Dubief (30 sept. 1905) mirent un terme aux bons offices de la Participation. Membre de la commission d'élaboration du tarif Dubief où, avec Brouardel et Dubuisson, il représentait les médecins, Jeanne combattit avec acharnement les prétentions des assureurs ; ce fut grâce à sa ténacité, grâce à son habileté, grâce à son courage, secondés utilement

par la grande autorité de Brouardel et le concours dévoué de Dubuisson, que les médecins purent trouver dans ce tarif qui, hélas ! est loin d'être parfait, une rémunération moins ingrate de leurs services.

Depuis, Jeanne prit une part active aux travaux de l'Union des Syndicats médicaux de France, à ceux de l'Association générale dont il fut pendant plusieurs années membre des Conseils d'administration. Là, nous pûmes admirer encore davantage sa connaissance parfaite de toutes les questions médicales, ses vues larges et généreuses en défense professionnelle et en mutualité.

Ce fut lui qui, courageusement, entreprit la besogne, ingrate mais honnête, de la révision des tarifs de notre Caisse de retraites, la transformation de l'Amicale-maladie en *Mutualité familiale des médecins français* et la rénovation du *Concours médical.*

Entré en 1895, comme collaborateur au journal, il faisait en 1897 partie du Conseil de direction de la Société d'Etudes ; en 1898, il devenait rédacteur en chef et en 1906, prenait la direction.

Lors de notre dernière crise syndicale, fort affecté des suspicions que des confrères mal renseignés faisaient planer sur le rôle du *Concours médical*, Jeanne demanda à ses collaborateurs immédiats d'abandonner tout rôle actif dans l'administration des Sociétés et des syndicats autres que les œuvres du *Concours*.

Il nous donna l'exemple de la retraite ; nous le suivîmes et, malgré la conviction de quelques adversaires aveuglés par la haine ou l'envie, jamais aucun de nous ne prit, depuis, une part active dans l'administration ou la direction d'une Société quelconque. Avec une franchise et une loyauté à laquelle la presque unanimité du corps médical rendit justice, Jeanne rentra avec nous dans les rangs et ce ne fut pas dans un accès d'humeur, ni de bouderie, car il s'employa comme nous à dissiper les malentendus, à rapprocher des hommes faits pour s'estimer, pour collaborer, et non pour se combattre. Ce rôle conciliateur réussit en grande partie, et nous espérons le voir s'étendre et triompher entièrement avant peu. C'était là le plus cher de ses désirs.

Combien de fois retint-il nos plumes trop ardentes ? Combien de fois nous arrêta-t-il sur la pente glissante et dangereuse des inutiles polémiques ?

Seuls, ceux qui connurent Jeanne de près surent combien grands étaient sa générosité et son désintéressement. Son seul mobile était la poursuite et la réalisation d'un idéal et, s'il exigeait dans la mesure du possible la rémunération de tous les services rendus, c'est qu'il connaissait les hommes et n'admettait pas le sacrifice continu de quelques-uns pour le bonheur de tous les autres.

« *Le motif seul fait le mérite des actions des hommes*, a dit La Bruyère, *et le désintéressement y met la perfection* .»

Nous pourrions faire graver cette maxime sur la tombe de Jeanne.

Aujourd'hui que cet homme au grand cœur n'est plus, nous devons honorer sa mémoire et perpétuer son souvenir.

Le meilleur moyen de remplir ce pieux devoir est de continuer de travailler avec énergie à la tâche qu'il s'était imposée, au succès et au développement du *Concours médical*, pour la défense et le triomphe des intérêts professionnels des médecins.

Groupons-nous donc en une union encore plus intime, encore plus parfaite, encore plus familiale dans cette maison hospitalière du *Concours* dont le nom est cher à tous les praticiens. Souvenons-nous de la parole de La Rochefoucauld que l'esprit de Jeanne nous souffle à l'oreille :

Les grands noms abaissent au lieu d'élever ceux qui ne savent pas les soutenir.

J. NOIR.

* * *

Dans l'impossibilité où elle se trouve de répondre individuellement aux nombreuses marques de sympathie qu'elle a reçues à l'occasion du décès du Dr H. Jeanne, Madame Jeanne nous prie de remercier publiquement en son nom tous les amis, connus et inconnus qui, en cette douloureuse circonstance, lui ont apporté le réconfort de leur contribution au deuil cruel que la frappe.

Nous y joignons les remerciements du Conseil de Direction du *Concours médical* à tous nos fidèles, qui apprécient l'étendue de la perte que nous subissons.

Le Conseil de Direction.

SOMMAIRE

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu : M. le Dr POTHERAT, chargé de cours de clinique annexe.

Les fractures de la base du crâne.

Je vous parlerai aujourd'hui d'un malade, actuellement encore dans le service, dont l'histoire me permettra de vous signaler un certain nombre de points de pratique intéressants.

Il s'agit d'un enfant, âgé de dix ans, qui a été atteint d'une fracture de la base du crâne dans les conditions suivantes. Il y a un mois, ce jeune garçon circulait dans la rue, lorsqu'il fut renversé ou plutôt heurté par un taxi-auto qui le projeta sur le sol. Apporté vers 2 h. 1/2 de l'après-midi, dans le service, il fut examiné par l'interne, M. Lambert, qui trouva le petit blessé dans le coma, et perdant par l'oreille gauche, en quantité notable, du liquide rosé constitué par du sang étendu de sérosité transparente. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'enfant n'avait pas pu se relever et que les accidents avaient succédé immédiatement à la chute.

En regardant la tête, on ne constatait rien de particulier, aucune plaie, aucune apparence de traumatisme extérieur. On notait, cependant, du côté droit, une tuméfaction des paupières, qui fermait l'œil. En écartant les paupières, l'œil lui-même semblait intact, mais on voyait déjà apparaître une légère suffusion sanguine sous-conjonctivale. Pas de déviation de la face, pas de manifestation de paralysie faciale. Pas non plus, d'apparence de paralysie des membres. On pouvait encore éveiller quelques réflexes.

Le malade fut donc admis salle Saint-Côme, vers 2 h. 1/2. Le soir, son état demeurait sans modification. La température était normale (36°8). On se contenta de le laisser tranquille, avec quelques petits soins auriculaires dont je reparlerai. Le lendemain, je le trouvai dans la même situation. Le coma persistait, moins absolu cependant.

L'enfant se remuait, s'agitait, poussait quelques cris plaintifs inconscients qui survenaient sans cause appréciable, sans qu'on le touche. Je m'informai s'il y avait eu émission d'urine. Le petit malade n'avait pas uriné. L'examen de l'abdomen révélait l'existence d'un globe sus-pubien, indice de rétention d'urine. La vessie fut évacuée par cathétérisme, mais la rétention continua dans la suite. Nous y avons remédié par une sonde à demeure

Le deuxième jour, le coma, moins marqué déjà la veille, avait diminué encore. L'enfant reconnut ou sembla reconnaître ses parents, lorsqu'ils lui parlèrent, tout en retombant ensuite dans la somnolence, accompagnée des mêmes cris plaintifs inconscients. Il remuait, était agité, et sa température commença à s'élever à 37°5, puis à 38° ; nous verrons que, dans la suite, au sixième jour, elle atteignit 38°9.

Dans les jours qui succédèrent, le coma s'atténua, mais la somnolence ne subit aucun amen-

dement. On avait grand'peine à obtenir du blessé des réponses. Il restait couché en chien de fusil, avec ces petits cris particuliers observés dans la méningite, que vous connaissez. Il offrait un certain nombre de symptômes de méningite, l'attitude en chien de fusil, le Kernig, la crainte de la lumière et du bruit, la fièvre,qui monta à 38°9, les vomissements, la constipation opiniâtre. Cependant, quelques signes manquaient tout au moins de netteté. Les vomissements se faisaient, non spontanément comme dans la méningite, mais avec effort, et étaient alimentaires. Il n'y avait pas de raideur de la nuque, pas de dilatation pupillaire.

J'ai dit que dès les premiers moments, il existait un écoulement spécial par l'oreille. Cet écoulement continua les jours suivants, un peu plus clair seulement, tachant le tampon d'ouate placé dans le méat auditif externe. L'ecchymose du globe oculaire s'étendit à la conjonctive palpébrale, indiquant un épanchement sanguin qui diffusait.

Puis, peu à peu, la situation s'améliora. Au dixième jour, la plupart des symptômes inquiétants étaient disparus : plus de cris, plus de fièvre, plus d'écoulement d'oreille, plus de rétention d'urine. Aujourd'hui, la guérison est complète. Si donc nous résumons l'histoire de notre malade, nous voyons un enfant projeté sur le sol par un taxi-auto, amené à l'hôpital dans le coma, avec écoulement séro-sanguin de l'oreille, ecchymose conjonctivo-palpébrale, dépression nerveuse, rétention d'urine. Aux 4e, 5e, 6e jours, symptômes méningitiques, puis tout rentre dans l'ordre.

A quelle affection avons-nous eu affaire ? Dès l'entrée du blessé à l'hôpital, on a porté le diagnostic de fracture de la base du crâne. Comment est-on arrivé à ce diagnostic ? Est-ce par les commémoratifs ? Certes, on s'est appuyé sur la connaissance de l'accident, mais on ignorait, somme toute, si le traumatisme avait porté sur la tête, celle-ci n'offrant pas, d'ailleurs, de plaie extérieure ou de trace quelconque du choc. On s'est appuyé, en réalité, sur deux phénomènes, deux signes qui, eux, sont pathognomoniques : l'écoulement du liquide par l'oreille et l'ecchymose conjonctivo-palpébrale. Le plus important des deux est l'écoulement par l'oreille. Cet écoulement est à la fois séreux et hématique. Vous me direz que l'on peut perdre du sang par l'oreille sans fracture du rocher. Certes, une déchirure du tympan, une fracture de l'os tympanal, peuvent entraîner un écoulement de quelques gouttes de sang, mais il n'y a pas perte abondante de sang et de sérosité. Cette sérosité est du liquide céphalo-rachidien. Un moyen de s'en assurer serait l'analyse qui montrerait la richesse en chlorure et la pauvreté en fibrine du liquide. Dans une fracture intéressant non le rocher à proprement parler, mais l'oreille moyenne et la partie de l'oreille interne donnant sur la caisse du tympan, on pourrait avoir un écoulement de liquide venant du labyrinthe ; toutefois, ce liquide se réduirait à quelques gouttes. Quand on observe, par l'oreille, un écoulement séro-sanguin abondant, qui se prolonge 7, 8 heures, les jours suivants, même, il n'y a pas de doute : c'est du liquide céphalo-rachidien. On a cru, en outre, chez notre malade, qu'il y avait eu perte par le conduit auditif externe d'un peu de substance cérébrale ; nous n'en avons pas eu la certitude, en l'absence d'examen du fragment sorti de l'oreille.

Le seul fait d'un écoulement abondant et durable de liquide séro-sanguin par l'oreille est pathognomonique de la fracture de la base du crâne. A lui seul, il est suffisant.

Nous avions un autre signe : l'ecchymose sous-conjonctivale, ecchymose progressive, qui s'est peu à peu étendue et a gagné la conjonctive palpébrale. Ces ecchymoses, dont l'importance est grande également, peuvent se faire en d'autres endroits. On les observe aussi aux régions mastoïdiennes, où elles sont bilatérales. Elles se développent dans les jours qui suivent le traumatisme.

Nous possédons, actuellement, un moyen de contrôle du diagnostic, dans la ponction lombaire et l'examen du liquide ainsi retiré. Si ce liquide contient du sang, c'est qu'il y a un épanchement sanguin dans l'axe cérébro-spinal. Il existe bien une cause d'erreur, tenant à l'abondance des plexus veineux péri-rachidiens dans lesquels l'aiguille peut ponctionner une veine ; il suffit de déplacer l'aiguille si l'on a des doutes. Dans le cas présent, on a fait une ponction lombaire et le liquide extrait contenait du sang. Ce contrôle n'était pas nécessaire, mais vous verrez que la ponction a servi à autre chose et qu'elle a même été renouvelée deux fois. Le liquide céphalo-rachidien contenait moins de sang à la deuxième ponction et, à la troisième (faite le huitième jour), il n'en contenait plus du tout, à l'œil nu du moins.

Nous avions un second point à établir : le siège de la fracture. Nous appuyant sur l'écoulement de liquide par l'oreille gauche, il était facile de dire : fracture du rocher gauche. Nous pouvions ajouter, en raison de l'ecchymose sous-conjonctivale et sous-palpébrale *droite*, que la lésion n'était pas localisée au rocher gauche, mais s'irradiait à l'étage antérieur, frontal.

La fracture du rocher est la fracture habituelle de la base du crâne. Cela paraît assez extraordinaire, au premier abord, lorsque l'on considère cette masse apparemment résistante du rocher. On s'étonne moins, si l'on tient compte que ce rocher est creusé, miné de cavités. Malgré sa belle apparence, c'est une masse évidée.

Comment notre malade a-t-il pu faire une

fracture de la base du crâne ? La base du crâne est cachée. En effet, les fractures de la base du crâne ne sont pas de cause directe, sauf dans deux conditions : quand on tombe d'un lieu élevé, debout sur les membres inférieurs (la base se fracture alors à la façon d'un manche de marteau pénétrant dans le marteau), et quand on tombe sur le menton (les deux condyles pénètrent en ce cas dans la base du crâne). Rien de semblable ici. Il fallait admettre une fracture indirecte, celle qui résulte d'un coup porté à la surface extérieure du crâne, coup porté assez loin dus siège de la fracture. Il est vraisemblable que, chez cet enfant, le choc a intéressé la région pariétale et occipitale, et s'est transmis à la base du crâne.

Comment un coup porté sur le vertex peut-il déterminer une fracture de la base du crâne ? La question a été longuement discutée et n'est pas encore absolument résolue. En 1884, Aran soutint que la fracture de la base du crâne résulte d'une fissure qui s'irradie à la base, après le choc sur la partie convexe, et s'irradie par le chemin le plus direct. En réalité, il n'est pas exact de dire que l'irradiation a lieu par le chemin le plus court. Trélat et Félizet démontrèrent qu'à ce point de vue, le crâne est une sorte de base (l'apophyse basilaire) destinée à supporter la voûte, et la supporte par des arcades au nombre de six, une antérieure, solide (frontale), une postérieure (crête occipitale) et deux latérales, l'une en avant, l'autre un peu plus en arrière (massif du rocher, mastoïde, condyle occipital). Ces arcs-boutants permettent de comprendre pourquoi les irradiations suivent toujours de chemins déterminés.

Après avoir établi le diagnostic de fracture du rocher irradiée à l'étage antérieur, nous avions à nous demander s'il existait des lésions concomitantes. Les organes contenus dans le rocher peuvent être lésés. Le facial, chez notre petit malade, est resté intact. Nous n'avons pas noté ni au début, ni plus tard, de paralysie faciale.

La paralysie faciale, en pareil cas, n'est pas rare. Elle peut s'observer immédiatement : c'est la forme la moins grave, les lésions du nerf, souvent superficielles alors, pouvant permettre une certaine régénération ; il est habituel de la voir disparaître, effectivement. Il n'en est plus de même de la paralysie tardive, qui se montre ultérieurement, et tient, dit-on, à l'englobement du nerf dans le cal. Celle-là — et elle n'est pas exceptionnelle — est presque toujours permanente.

Le nerf acoustique peut être compromis ; il a plusieurs raisons de l'être. Chez notre petit malade, l'ouïe est en effet diminuée.

Puisqu'il y avait ecchymose sous-palpébrale, nous avions à rechercher s'il n'existait pas, de ce côté, des lésions intéressant les nerfs moteurs de l'œil et le nerf optique lui-même. Les paralysies oculaires dans les fractures de la base du crâne ne sont pas très rares. Nous avons fait examiner le malade à la clinique ophtalmologique de M. de Lapersonne. Des altérations importantes de la vision, sur lesquelles je ne saurais m'étendre, ont été constatées.

Quel est le pronostic à porter dans une fracture de la base du crâne ? Une pareille lésion est grave. Vous me direz que cela ne semble pas ressortir du cas présent. Eh bien ! la fracture de la base du crâne est tellement grave que, pendant mes vingt premières années de pratique chirurgicale, je n'en ai pas vu un seul cas guérir. Dans ces dix dernières années, les choses se sont présentées tout différemment. Ainsi, durant mon séjour à l'hôpital Broussais, je n'ai eu qu'un mort sur sept ou huit blessés atteints de fracture de la base du crâne. Pourquoi les malades mouraient-ils auparavant et guérissent-ils maintenant ? Je crois que c'est un résultat de la thérapeutique. Les malades succombaient autrefois à ce que l'on appelait une méningo-encéphalite diffuse. Vous avez vu, chez notre malade, le tableau symptomatique de cette méningo-encéphalite diffuse. A l'autopsie, on trouvait une diffusion séreuse louche sur les méninges, mais peut-être n'était-ce pas là une véritable suppuration. Toujours est-il que les malades mouraient dans ce complexus symptomatique. Je parle, bien entendu, des blessés survivant au premier choc, quand celui-ci n'entraîne pas la mort immédiate par attrition du cerveau, déchirure des sinus, etc.

Influencé par cette idée de méningo-encéphalite mortelle, on s'ingénia à mettre en œuvre tous les moyens possibles d'empêcher l'infection.

De là est née, avec M. Reclus, la pratique de l'asepsie des cavités d'où s'écoule le liquide céphalo-rachidien. Peu commode pour les fosses nasales, cette antisepsie est plus facile pour l'oreille. On fit donc des lavages antiseptiques de l'oreille, une occlusion du conduit par un tampon de coton aseptique, et, sous l'influence de ce seul moyen que l'on pourrait qualifier de préventif, on vit un certain nombre de patients survivre. Cela semblait justifier l'idée de méningo-encéphalite.

Toutefois, un nombre encore considérable de malades succombaient à la fracture de la base du crâne. C'est alors que la ponction lombaire entra dans la pratique médico-chirurgicale. On pratiqua la ponction, dans la fracture, pour voir s'il y avait du sang; on la répéta, et l'on s'aperçut que chaque fois qu'on faisait cette soustraction de 25 ou 30 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien, les symptômes généraux s'amélioraient. En la répétant, on vit les malades guérir. Sans doute, la corrélation entre les deux faits n'est pas rigoureusement établie. Il est des ob-

servations néanmoins où l'on ne peut pas se défendre de faire dériver l'amélioration de la ponction lombaire. Ici, chaque ponction a été suivie d'une atténuation des symptômes. Chez mes malades de Broussais, j'ai toujours fait pratiquer de parti pris des ponctions lombaires et j'ai toujours vu une amélioration s'ensuivre. Je n'ai plus eu de mort. Alors, ce ne serait donc pas la méningo-encéphalite qui serait en cause ? Il est probable que les accidents sont dus à la surabondance du liquide céphalo-rachidien. L'élévation thermique elle-même pourrait en dépendre. S'il est vrai que la fièvre est fonction d'infection en général, il y a peut-être exception pour le cerveau. Ainsi, il y a quelque temps déjà, chez un malade de M. Raymond, chez lequel M. Raymond avait diagnostiqué une tumeur de la voûte du 4e ventricule, je fus appelé à pratiquer une ponction décompressive du 4e ventricule. Je retirai 30 cc. de liquide.

Le lendemain le malade avait 40° de température, 41° le surlendemain, et il mourut. A l'autopsie, on ne découvrit pas trace d'inflammation, mais une compression du plancher du 4e ventricule par la tumeur que la ponction avait fait descendre. Depuis, des faits de ce genre ont été observés en assez grand nombre, montrant que l'hyperthermie peut exister, sans infection, quand le cerveau est en cause.

Je conclurai en vous disant ceci : en présence d'une fracture de la base du crâne, s'il y a écoulement de l'oreille, faites de l'asepsie et une désinfection soigneuse des cavités otiques. D'aute part, ayez recours à la ponction lombaire et répétez-la. Vous obtiendrez ainsi des guérisons en bien plus grand nombre que jadis.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Ostéomyélite mycosique du fémur. — Maladies transmissibles à l'homme par le chien et le chat (un cas de dipylidium caninum). — Leucémie myéloïde traitée par le radium. — Ostéite tuberculeuse traitée par la tarsectomie et le sanatorium suburbain. — Radium-thérapie dans un cas de splénomégalie paludique. — Traitement du cornage laryngien chez l'homme.

MM. Reynier et Chifoliau communiquent à l'*Académie de médecine* une observation d'*ostéomyélite mycosique du fémur*. Cette observation est intéressante, d'abord par la constatation dans le pus du foyer osseux d'une espèce nouvelle de champignon parasite, ensuite par les indications diagnostiques et thérapeutiques qu'elle suggère.

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans admise à l'hôpital pour une tuméfaction de la partie inférieure du fémur. La malade était pâle, amaigrie, fébricitante. Le Wassermann étant négatif, on pensa à une ostéomyélite tuberculeuse. M. Chifoliau intervint, et, ayant mis à nu le fémur, découvrit une cavité de la grosseur d'une petite mandarine contenant du pus. L'examen du pus, pratiqué par M. Pinoy, montra la présence d'un champignon (spores et mycélium), d'espèce non identifiée jusqu'à ce jour, se rapprochant de l'*acremonium patronii Vuillemin.*

Le diagnostic d'ostéomyélite *mycosique* conduisit à proscrire l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament et de pansements antiseptiques, la malade s'améliora d'une manière rapide et put quitter l'hôpital, conservant seulement une petite fistule avec écoulement de liquide séreux.

— A propos d'un nouveau *cas de dipylidium caninum* observé par lui, en collaboration avec MM. Leroux et R. Labbé, M. Raphael Blanchard revient à l'*Académie de médecine* sur la question des *maladies transmissibles à l'homme par le chien et le chat.*

Le *dipylidium caninum* est un helminthe offrant quelque ressemblance avec le tenia inerme ; c'est, normalement, un parasite du chien et du chat. La puce du chien et du chat est son hôte intermédiaire le plus habituel ; elle absorbe des œufs mûrs de dipylidium en piquant les anneaux, qui, sortis spontanément de l'intestin, rampent quelque temps autour de l'anus. Contaminée de cette manière, la puce renferme donc des larves de l'helminthe dans sa cavité générale. Le chien s'infecte en avalant les puces qu'il poursuit dans son propre pelage ; le chat, en avalant celles qui viennent s'engluer sur ses pattes mouillées de salive, quand il procède à sa toilette. L'homme, enfant ou adulte, contracte l'affection en ingérant par hasard les puces qui, en sautillant çà et là, sont venues tomber dans le lait ou tel autre aliment. Ce parasitisme, chez l'homme, n'est pas très rare, puisque M. Blanchard a pu en recueillir 76 observations authentiques.

De là résulte une prophylaxie domestique simple, ainsi formulée par l'auteur :

1° Débarrasser les chiens et les chats de leurs parasites intestinaux ;

2° Les délivrer également de leurs parasites externes et tenir leur pelage en bon état de propreté, au moyen de savonnages et de bains insecticides ;

3° Eviter d'une façon générale les privautés avec ces animaux domestiques, qui peuvent être l'origine de diverses maladies parasitaires.

M. Blanchard rappelle, enfin, les autres maladies transmissibles à l'espèce humaine par le chien et le chat (la rage, certaines formes de teigne, les kystes hydatiques, parfois la tuberculose) et il demande que l'on prenne des mesures pour rendre inoffensifs ces utiles animaux domestiques

— MM. Rénon, Degrais et Desbouis montrent à la *Société médicale des hôpitaux*, une malade atteinte de *leucémie myéloïde traitée par le radium.*

La malade a été très rapidement améliorée par le traitement. Aujourd'hui, 4 mois après la dernière application de radium, la rate (qui remplissait tout

✦✦✦

l'abdomen), a repris ses dimensions normales, et l'état général est parfait. Néanmoins, la guérison n'est qu'apparente comme l'indique la formule sanguine et il sera nécessaire de recommencer la cure radium-thérapique.

— M. Mauclaire présente à la *Société de chirurgie* une jeune fille atteinte d'*ostéite tuberculeuse* du tarse qu'il a traitée par *tarsectomie suivie de séjour dans un sanatorium suburbain.*

Chez cette malade, le résultat a été très favorable, et cela en raison du traitement hygiénique consécutif à l'opération. M. Mauclaire estime que les tuberculeux chirurgicaux de l'hôpital, à leur première période, devraient être soignés dans des sanatoriums suburbains où ils trouveraient les éléments complémentaires de la cure chirurgicale conservatrice. M. Mauclaire pense, en outre, qu'il faudrait avoir la patience de persuader à ces malades, qu'une fois guéris, ils ne doivent pas retourner habiter la ville. Cette propagande pour l'exode rural de tels sujets a besoin d'être très active.

— MM. Quénu et Degrais rapportent à la *Société de chirurgie* un cas de *splénomégalie paludique traitée avec succès par le radium.*

La malade vint consulter pour une tumeur du ventre. Elle offrait, au-dessous de l'hypocondre gauche, une tumeur mate, débordant le rebord costal de 18 à 20 centimètres et atteignant la crête iliaque. Elle avait, en outre, des accès fébriles à type intermittent. On porta le diagnostic de rate paludique.

La quinine n'ayant donné aucun résultat, M. Quénu s'adressa au radium, qui fut appliqué par M. Degrais. Actuellement, après six séances radiumthérapiques, la malade est dans un état de santé parfait. Il n'y a plus de trace de tumeur dans l'abdomen. En signalant ce beau résulat à l'actif du radium, M. Quénu rappelle que l'action chirurgicale, très employée dans certains pays contre les rates paludiques, n'est pas sans danger, et que, d'autre part, la radiothérapie n'a pas donné de grands résultats en pareils cas.

— MM. Toubert et Sargnon lisent à la *Société de chirurgie* une note sur le *traitement du cornage laryngien chez l'homme.*

Il existe un cornage laryngien chronique *essentiel*, non accompagné de lésions. Ce cornage, observé assez communément chez le cheval, se voit parfois aussi chez l'homme. Il tient à une immobilité des aryténoïdes qui ne jouent plus sur leur axe pendant l'inspiration (soit ankylose, soit paralysie musculaire) et font que la glotte ne s'ouvre pas pour l'entrée de l'air.

Les vétérinaires ont proposé de traiter, chez les animaux, le cornage laryngien essentiel par l'aryténoïdectomie et la décortication de la muqueuse du ventricule laryngien. Plusieurs laryngologistes eurent l'idée d'appliquer cette technique à l'homme. Faisant plus, MM. Toubert et Sargnon ont complété l'opération des vétérinaires (aryténoïdectomie et décortication ventriculaire) par une méthode, connue en laryngologie sous le nom de procédé de Kilian-Sargnon, qui donne de beaux résultats dans la cure chirurgicale des sténoses laryngées cicatricielles. Cette méthode, dont on a pu dire avec humour qu'ell était « l'uréthrotomie externe du larynx », consiste dans l'ouverture prolongée du larynx (laryngostomie), suivie de dilatation caoutchoutée.

MM. Toubert et Sargnon ont donc associé les deux opérations. Ils ont employé ce procédé combiné chez un malade atteint de cornage chronique essentiel. Le résultat fut satisfaisant.

P. L.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Quelques précisions bien acquises dans le diagnostic et le traitement moderne de la tuberculose rénale,

Par le Docteur F. Cathelin

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie.
Ancien chef de clinique de la Facnlté de Médecine.

Heureux sont les malades dont les lésions éveillent de bonne heure la perspicacité du médecin, et qui peuvent être guéris par des moyens simples et précis.

Nous pensons que les tuberculeux rénaux sont aujourd'hui de ceux-là, et il faut admirer sans réserve les progrès considérables qui, dans un espace de temps si court, — une quinzaine d'années — ont permis une aussi brillante efflorescence.

On ne parlera jamais assez de tuberculose rénale, une de nos lèpres chirurgicales, pour laquelle la lutte antituberculeuse a conquis hautement ses moyens de défense.

Nous sommes armés et bien armés pour la disparition de cette forme, et malheur à ceux qui, semblables aux pacifistes modernes, s'endormiront sur le mol oreiller des thérapeutiques médicales seules, car le réveil pourrait avoir de terribles lendemains.

On a tant écrit sur la tuberculose rénale qu'il faudrait consulter sur tous les détails de ce sujet des livres entiers. Je conseillerai surtout la lecture de deux travaux qui résument et synthétisent admirablement tout le reste dans ces derniers temps : ce sont ceux du Professeur Rochet (1) (de Lyon), et du Dr Bœckel (2) (de Nancy), esprits clairs et précis auxquels rien n'a échappé et dont l'éclectique pondération jointe à un jugement sûr leur a permis d'écrire de réelles vérités sur cet important débat.

D'une façon pratique, nous pourrons diviser notre sujet en 3 chapitres, faisant toucher du doigt *ce qu'il faut savoir* et *ce qu'il faut savoir*

(1) Rochet. — Traitement de la tuberculose rénale et vésicale au premier stade. 17e Congrès de médecine de Londres 1913.

(2) Boeckel. — Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. Th. Nancy, 1912.

faire, dans la tuberculose rénale, les vieilles descriptions classiques désuètes ayant vécu, un cadre tout nouveau nécessitant un tableau neuf.

I

Ce qu'il faut demander a la clinique.

La clinique, la grande souveraine, ne peut avoir la prétention de tout révéler et de tout conclure. En l'espèce, la clinique permet seulement la *localisation urinaire, sans pouvoir spécifier le segment en cause ou mieux le segment originel malade.*

Par la fréquence des urines, la douleur à la miction, la purulence, la pollakiurie nocturne, on diagnostiquera immédiatement la localisation vésicale de l'infection, abstraction faite de sa nature *certaine*.

Elle permettra de *pressentir* une origine génitale, quand par le toucher rectal on sentira une prostate petite, dure et noueuse, avec des vésicules noueuses également et engorgées, — ou enfin une origine rénale, si fréquente quand on pourra relever quelque douleur vague du côté des reins, quelque crise légère et passagère, quelques élancements dans les hypochondres. Mais combien est fragile un tel signe à côté de la précision d'autres méthodes que nous allons étudier !

En somme, la clinique ne donne que des *signes de présomption*, tant du côté de la localisation que du côté de la nature. Elle est impuissante à déterminer le degré petit ou grand des lésions.

II

Ce qu'il faut demander au laboratoire.

L'épreuve fondamentale consiste dans l'inoculation aux cobayes du culot centrifugé de l'urine, ce qui nous permet d'obtenir exactement la *nature de la lésion*, que la clinique a déjà localisé à l'appareil urinaire.

Cette inoculation aux cobayes est indispensable. Il faut utiliser 3 animaux, dont l'un est inoculé sous la peau, le second dans l'aine (couche ganglionnaire), le troisième enfin sous le péritoine.

Insistons bien sur ce fait que l'inoculation de l'urine totale seule suffit *et non l'inoculation de chacune des urines des deux reins* qui, elle, peut tromper, un rein pouvant être tuberculeux chirurgical d'un côté et bacillurique médical de l'autre.

Rochet, le grand maître de l'urologie lyonnaise, a bien insisté sur ces faits en écrivant : « Il faut bien le dire, il y a des faits qui ne sont pas publiés et que quelques-uns peut-être ont pu voir dans leurs sphères, dans leurs milieux réciproques d'observation, où le chirurgien est intervenu au début, avec les seules données de l'inoculation et d'une pyurie histologique, croyant fermement à une lésion unilatérale ; et bien, *le rein enlevé était très peu malade* ; il a fallu regarder de bien près pour voir quelques granulations ou quelques petits foyers insignifiants ; puis, le rein restant s'est pris, ou a continué une évolution tuberculeuse latente lors de l'opération de l'autre, et très rapidement a évolué vers la suppuration. N'était-il pas déjà malade, au moment où on a enlevé l'autre ? N'était-ce pas le plus malade quoique non-tuberculisant, au moment où on a inoculé son urine ? »

Autrement dit, il peut y avoir inoculation positive aux cobayes sans lésions tuberculeuses chirurgicales du rein ?

Ces faits ne prouvent-ils pas la vérité de ces formules que je professe depuis longtemps, à savoir que :

1° Il ne faut pas attacher d'importance à l'examen *histologique* d'une urine divisée.

2° Il ne faut pas recourir à l'inoculation des urines séparées ; et ces 2 formules sont surtout applicables quand les urines du rein sain ont été recueillies dans la vessie.

C'est à l'examen fonctionnel que revient le mérite de déceler vraiment la valeur du rein sain et celle du rein malade.

III

Ce qu'il faut demander a l'exploration

Ce n'est qu'après les deux épreuves précédentes qu'il faut recourir à cette dernière qui, de beaucoup, donne les renseignements les plus nets et les plus concluants, puisqu'elle permet : 1° d'affirmer la localisation anatomique ; 2° de surprendre l'intensité des lésions d'une façon presque mathématique

1° *Localisation anatomique et ses surprises.*

L'exploration instrumentale, faite le plus souvent à l'aide du cathétérisme urétéral, est d'autant plus indiquée que le malade peut n'avoir qu'un seul rein. Nous avons autrefois relevé plus de 300 cas de rein unique authentiques, c'est-à-dire congénitaux.

Cette exploration instrumentale montre de plus le côté lésé, immédiatement quand, par exemple, il y a une urine franchement claire et jaune d'un côté, trouble et blanche de l'autre (urine que j'ai appelée absinthique ou savonneuse).

Dans les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, l'examen par la vue seule ne suffit pas. C'est à ce moment qu'intervient la recherche chimique des taux des matières élaborées, en particulier le taux de l'urée au litre (valeur absolue) qui n'acquiert une importance prépondé-

rante que par comparaison des taux d'un côté avec ceux de l'autre côté, et obtenus sur plusieurs échantillons d'urines recueillies de quart d'heure en quart d'heure, pendant une heure environ.

La déficience de ces taux correspond toujours au côté malade.

Où cette vérité apparaît de la façon la plus suggestive, c'est dans les cas où le malade se plaint d'un des 2 reins alors que c'est l'autre qui est malade. Il y a là de ces *surprises* qui, à elles seules, suffiraient à légitimer, pour ceux qui en douteraient encore, l'importance d'une telle exploration.

J'ai eu l'occasion d'en observer récemment un cas très curieux chez un malade espagnol du Dr Bendelac. Il s'agit d'un patient à la mine fatiguée et tirée, très affaibli, se plaignant depuis 5 ans de l'hypocondre *gauche* seul, ce qui avait fait penser alternativement au rein gauche ou à l'estomac pour lequel il était venu consulter, en France, M. Mathieu.

Plusieurs radiographies de ce côté n'avaient rien donné et les inoculations des urines au cobaye avaient été négatives.

Je fais le cathétérisme urétéral qui me montra un rein gauche à bon fonctionnement avec des urines jaune-or qui donnèrent un excellent taux d'urée et un rein droit, — dont le malade ne s'était jamais plaint, — absolument déficient avec des urines purulentes, blanchâtres, qui donnèrent 3 gr. d'urée au litre.

Devant ce fait en apparence paradoxal si on le compare à l'examen clinique, je fais une seconde exploration 15 jours après, avec des résultats absolument identiques et concordants, à ce point qu'on eût pu croire qu'il s'agissait de la même première urine divisée.

En présence de tels résultats, j'intervins du côté droit, sur un malade inquiet qui n'avait jamais souffert qu'à gauche et je retirai du rein 5 calculs enclavés dans le parenchyme.

J'ai pu en observer plusieurs autres cas semblables.

2° *Intensité des lésions.*

Cet examen instrumental nous renseigne également sur l'intensité exacte des lésions, sur la physionomie anatomo-pathologique du rein. Autrement dit, *par l'étude des taux, il est possible d'évaluer mathématiquement la quantité de parenchyme normal sécrétant encore, et cela,avec une approximation très grande.*

Des études auxquelles je me suis livré à ce sujet, nous pouvons établir la conclusion pratique suivante (*Assoc. franc. d'Urologie*, oct. 1913) :

Un rein excellent donne environ 25 grammes d'urée au litre (indépendamment de l'unité de temps).

Un rein bon et bien conservé donne environ de 15 à 20 grammes.

Un rein détruit par moitié donne environ de 10 à 12 grammes.

Un rein détruit dans ses 2/3 donne environ de 5 à 6 grammes.

Un rein détruit dans ses 3/4 donne environ de 2 à 3 grammes.

Dans ce dernier cas, il reste environ une seule papille normale, et nous le répétons, c'est le nombre et l'état des papilles qu'il importe d'étudier.

Ces notions sont donc à retenir puisqu'elles permettent simplement — et tout est là en clinique où les méthodes simples, mais exactes, sont seules celles qui resteront — d'apprécier la valeur exacte du parenchyme normal restant et par conséquent de prévoir, avant l'exérèse, l'aspect morphologique et anatomo-pathologique du rein malade.

***

En résumé, un praticien n'a pas le droit aujourd'hui de se désintéresser d'une question aussi importante où sa propre responsabilité est en jeu, et il importe qu'il connaisse d'autant mieux cette maladie que *jamais*, peut-on dire, elle ne se révèle par des signes rénaux propres, mais par des *signes d'emprunt* à d'autres organes, comme la vessie ; aussi, croyons-nous ne pas mieux faire que de terminer cet article par les deux idées qui doivent rester gravées dans toutes les cervelles, à savoir :

1° *Se méfier de toute cystite qui ne guérit pas par des moyens simples.*

2° *Se méfier de toute cystite qui s'aggrave.*

Dans l'immense majorité des cas, et surtout si le malade n'a pas eu la blennorragie, il s'agira d'une *cystite tuberculeuse*, révélatrice d'une tuberculose rénale en évolution (1).

FAITS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

Sur un cas de tétanos

Par le Dr Jean Heisch, de Bouligny (Meuse).

J'ai été appelé à donner mes soins au nommé L. H., âgé de 28 ans, chauffeur d'automobile, brûlé par de l'essence enflammée, le 2 octobre 1913 ; l'accident eut lieu à 5 h. du soir, et un premier pansement fut fait sur le lieu même de l'accident par un médecin de la localité où se trouvait L. H.

Les blessures consistaient en :

Brûlures des 1er et 2e degré de la face et de la partie

(1) Pour de plus amples détails, lire F. Cathelin : Conférences cliniques et thérapeutiques de pratique urinaire, 2e édition, 550 pages et 201 figures, chez Baillière.

antérieure du cou, plaie contuse superficielle du front à gauche.

Brûlures des 1er, 2e et 3e degré de la face antérieure de l'avant-bras, de la main et des doigts gauches, les 3 derniers doigts étant surtout profondément atteints.

Mêmes brûlures à l'avant-bras et mains droites, les doigts étant cependant brûlés moins profondément.

Je ne vis le blessé que vers 9 h. du soir, à son retour à Bouligny. Je lui fis à ce moment une piqûre de morphine pour calmer les douleurs par lui éprouvées. Du 3 au 19 octobre, rien d'anormal : le blessé est très courageux et supporte très bien les pansements qu'on lui fait tous les jours pour la main gauche, tous les deux jours pour la main droite et la figure. J'emploie comme antiseptiques le néol et le phénosalyl, et de grands bains très chauds au permanganate de potasse pour décoller les pansements.

A partir du 18, la figure est complètement cicatrisée ; il ne reste plus que quelques croûtes qui tomberont après quelques applications de vaseline boriquée.

Le lundi 20, L. H. se plaint d'une gêne à la déglutition qui ne fixe pas autrement mon attention ; nous sommes au 19e jour de traitement. La main droite a un très bon aspect. Il n'en est pas de même à gauche : les deux dernières phalanges de l'auriculaire se sont nécrosées et le sillon de gangrène s'est très nettement localisé à l'articulation interphalango-phalanginienne.

Le 21 au matin, vers 7 h., à l'heure habituelle du pansement, je trouve L. H. debout, courbé en avant, se plaignant de douleurs paroxystiques lombaires, qui lui arrachent des cris. Il a un trismus très net. Les arcades dentaires ne s'écartent pas entre elles de plus d'un centimètre. Il y a un peu de raideur de la nuque, les muscles de la face sont comme plaquées sur les os. Le diagnostic de tétanos s'impose. Je fais immédiatement 10 cmc. de sérum antitétanique. Dans la matinée, j'injecte 20 cc. du même produit, injection qui sera répétée à la même dose dans la soirée. L. H. avale très difficilement. Dans la matinée, je dois pratiquer un cathétérisme vésical avec une sonde molle qui ne parvient à vaincre le spasme sphinctérien qu'après 1/2 minute environ.

Le premier jour donc, 50 cc. de sérum antitétanique. A partir de ce moment, il n'y aura plus de crise lombaire.

En plus du sérum, j'ai institué une médication calmante : 7 gr. de chloral et 3 gr. de bromure de potassium à prendre dans la journée et 2 centigrammes de morphine en 2 fois. Cette médication sera continuée pendant toute la période de l'infection tétanique. La chambre où se trouve le malade est plongée dans une obscurité presque complète, et j'ai interdit toute cause d'excitation extérieure : bruits, visites, etc.

22 octobre.— La nuit n'a pas été très bonne. L. H. à plusieurs reprises s'est mordu la langue. Je fais ce jour-là une injection de 20 cc. et une de 10 cc. de sérum antitétanique. Ces injections, comme celles de la veille et des jours suivants, sont pratiquées sous le couvert de la plus stricte asepsie dans le tissu cellulaire sous-cutané des flancs et des faces externes des cuisses.

L. H. n'ayant pas eu de selle depuis 3 jours, je fais donner un grand lavement froid glycériné avec une sonde rectale de Nélaton. Dans la journée, je fais 2 cathétérismes vésicaux. L. H. se plaint de la langue, qu'il mord à tout instant par suite de contractions brusques de ses masticateurs.

23, 24, 25 octobre. — Je fais ces jours-là, et chaque jour, 10 cc. de sérum antitétanique le matin et autant le soir. Les cathétérismes sont renouvelés, ainsi qu'un grand lavement froid ; le 25 cependant, L. H. a une selle spontanée. Les mouvements de déglutition sont très pénibles. Le malade est très irritable, se fâche de ne pouvoir avaler et je dois moi-même lui faire prendre ses potions et lui donner à boire. La pointe et les bords de la langue sont ulcérés par des morsures répétées. Il y a de la raideur dans les deux jambes.

Le 25, je désarticule au thermocautère les 2 dernières phalanges de l'auriculaire gauche.

Tous les matins, les plaies des mains sont traitées par des vaporisations phénosalylées.

26 *octobre*. — L. H. a passé une meilleure nuit, a uriné spontanément comme il le fera désormais. Les contractions de la face s'espacent. Mais L. H. se plaint par contre de douleurs abdominales et il y a en effet une contracture très nette des muscles grands droits. La nuque est encore raide, mais cette raideur n'aura jamais été excessive et les mouvements de flexion, de déflexion et de rotation auront toujours pu se faire dans une certaine mesure.

Les mouvements de déglutition sont plus faciles et L. H. boit beaucoup.

La raideur des jambes diminue un peu et L. H. peut se lever pour aller à la garde-robe.

Dans la matinée cependant, crise de 20 minutes avec trismus très accentué et contraction abdominale. Ce jour-là, 3 centigr. de morphine et 20 cc. de sérum antitétanique.

27. Nuit calme, le trismus diminue et la langue peut dépasser les arcades dentaires ; 20 cc. de sérum.

26, 29, 30 *octobre*. — Le mieux s'accentue. L. H. peut boire au verre alors qu'auparavant, il était obligé de se servir d'un tube de caoutchouc ; 20 cc. de sérum tous les jours.

1er *novembre*. — L'amélioration suit son cours ; L. H. a faim ; mais je ne lui permets que des aliments liquides. A partir de ce jour jusqu'au 5 nov. exclusivement, je ne fais plus qu'une injection de sérum antitétanique de 10 cc.

2, 3, 4 *novembre*. Idem.

5 *novembre*. — Je supprime le sérum antitétanique, continuant la médication calmante.

6 *novembre*. — Je ne fais plus qu'un centigr. de

morphine que je cesserai le 9 nov., continuant encore le chloral et le bromure jusqu'au 10, à doses décroissantes.

Le 9 nov. L. H. commence à se lever et à manger. Le tétanos est définitivement enrayé.

Pendant toute cette période, la température prise à différentes heures de la journée n'a pas dépassé 39° et n'est arrivée à ce summum que dans les 2 premiers jours de la crise.

En résumé, j'ai fait à L. N. 268 cc. de sérum antitétanique, en 14 jours ; il n'y a eu aucun accident sérique.

Ce cas milite, il me semble, nettement en faveur de l'action curative du sérum antitétanique, action si controversée actuellement. On pourrait objecter qu'il s'agissait d'un tétanos subaigu à manifestations tardives ; ces manifestations n'en étaient pas moins dues au bacille de Nicolaier, duquel a triomphé le sérum antitétanique.

HYDROLOGIE

Des crises pseudo-appendiculaires chez les malades déjà opérés pour de l'appendicite pure.

Conseils pratiques

Par le Dr SAINT-RENÉ BONNET,

Ex-interne prov. des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant à Châtel-Guyon.

L'ablation de l'appendice, après une ou plusieurs crises d'appendicite vraie, écarte un danger redoutable, et ramène souvent et vite, chez les nouveaux opérés, un relèvement marqué de l'état général.

Il ne peut d'ailleurs en être autrement, puisqu'on a extirpé l'appendice, épine empoisonnée, fixée au milieu de l'appareil gastro-intestinal, hépatique, du péritoine et du sympathique abdominal.

Il semble donc logique aux malades récemment opérés et qui constatent avec surprise l'évanouissement de la plupart de leur infirmités de croire qu'ils sont définitivement guéris.

Ils pourront, pensent-ils, vivre désormais comme tout le monde, s'alimenter à leur guise et jouir à leur tour de l'existence.

Raisonnable, au point de vue théorique, cette confiance en l'avenir n'est malheureusement pas toujours confirmée par les faits cliniques. Il m'est arrivé bien souvent, en effet, au cours de ma pratique thermale déjà longue à Châtel-Guyon, d'examiner d'anciens opérés qu'une appendicite pure avait frappés et qui n'avaient jamais manifesté avant la crise, cause de l'intervention chirurgicale, le moindre symptôme soit d'hépatisme, soit d'entérisme.

En général, ces malades, après une véritable résurrection opératoire, se portent relativement bien pendant un temps plus ou moins long.

Puis, un beau jour, souffrant à nouveau, quelquefois même cruellement, ils viennent demander à nos eaux si spéciales de parachever l'œuvre de la chirurgie, en remettant au point leur tube digestif.

Parfois, la période d'accalmie post-opératoire est courte ; et j'ai présent à la mémoire le cas fort intéressant d'un malade opéré en 1912 par un éminent chirurgien.

Débarrassé d'un appendice long, induré et enfoui au milieu de très fortes adhérences, ce patient souffrit à nouveau peu après son opération. Rien du côté des voies biliaires. Pas d'entérocolite muco-membraneuse.

L'homme était jeune, robuste : le professeur de clinique, médecin averti autant qu'habile chirurgien, n'hésita pas ; il envoya son opéré à Châtel-Guyon, au cours de la saison 1912.

Or, quelques heures après son arrivée, dans la soirée, avant d'avoir pris une nourriture quelconque, ni commencé un traitement quelconque, le malade était brutalement terrassé.

J'éliminai vite toute idée de coliques hépatiques ou rénales.

Le tableau d'une crise d'appendicite aiguë, violente était au complet, et, si je n'avais été instruit, par un mot du maître, de l'ablation de l'appendice chez le malade, le diagnostic se serait imposé avec un pronostic grave.

La fièvre, la douleur durèrent à peu près une semaine ; les vomissements cessèrent après 48 heures environ.

Grâce à un traitement local énergique, dont j'ai souvent constaté les bons effets en pareil cas, je pus, les vomissements une fois calmés, instituer un traitement léger à l'eau de Châtel-Guyon.

Vers le 9e jour, le malade commença à se lever, et, dès ce moment, bien que très faible, il se soumit à un traitement hydro-minéral plus complet.

J'eus l'extrême joie, au moment de son départ, qui eut lieu vers le 25e jour de sa cure thermale, de constater une absence complète de la douleur dans tout le côté droit.

La fosse iliaque droite, le flanc droit avaient une souplesse parfaite. La régression des signes locaux s'était produite très rapidement vers la fin du traitement et m'avait permis d'assister à une fonte véritable de la masse dure, extrêmement douloureuse qui occupait le flanc droit et toute la fosse iliaque droite.

Revenu à Châtel-Guyon en 1913, après une année de travail, et exempte de rechute, le malade y refit une cure qui se passa sans aucun incident.

Joint à bien d'autres, ce cas me confirme plus que jamais dans mon opinion déjà ancienne, que

si après une opération qui arrache les malades à la mort, un certain nombre d'entre eux vivent désormais tranquilles, beaucoup cependant doivent être l'objet de soins attentifs et quelquefois prolongés.

Un ennemi aussi dangereux que l'infection appendiculaire ne disparaît guère sans laisser des traces de son passage.

Primitivement localisée sur l'appendice, l'infection semble souvent, après l'ablation de cet organe, continuer à envahir le cæcum, le côlon ascendant, les tissus environnants, et réveiller alors des signes en tous points semblables à ceux de l'appendicite aiguë ou chronique.

Je conclus :

En présence d'une crise appendiculaire vraie, n'hésitons pas à recourir à la chirurgie, mais gardons-nous ensuite de négliger l'aide, en apparence plus modeste, de la thérapeutique médicale qui confirmera et maintiendra la guérison.

THÉRAPEUTIQUE

Bronchite chronique.

Pour qu'une bronchite aiguë devienne chronique, il faut un état constitutionnel favorable. Les bronchites aiguës qui durent un ou deux mois, par exemple, ne peuvent pas s'appeler, en raison seule de cette durée, chroniques. Ce sont des bronchites qui traînent parce qu'elles sont mal ou pas soignées. Pour que la bronchite devienne chronique, c'est-à-dire persiste pendant des années chez un individu, malgré tous les traitements, il faut un état constitutionnel et c'est généralement l'arthritisme ; il faut même se demander si ces bronchites chroniques, par l'expectoration régulière plus ou moins abondante qu'elles provoquent, ne sont pas comme des excrétoires entretenus et voulus par la nature. Nous ne savons pas si la question des métastases est ici à invoquer et nous n'avons pas constaté le fait en pratique, mais il viendrait éclairer la question. La disparition rapide, thérapeutique d'un eczéma par exemple, ne produit pas de troubles de bronchite.

Cependant l'arthritisme a ici une grande importance, d'abord cette diathèse est éminemment congestive, catarrhale, et, dans une grande mesure, favorise la septicité. Il y a bien, en effet, la bronchite chronique arthritique, et les emphyphysémateux, les asthmatiques surtout sont des arthritiques avérés. Mais nous prétendons que, en dehors de ces cas typiques, pour qu'une bronchite aiguë passe à la chronicité et y reste, il faut un terrain arthritique à prédominance congestive.

C'est d'ailleurs ce qui fait la grande difficulté du traitement et ce qui explique l'importance curative du changement de climat ou des eaux minérales. Peut-on modifier vraiment, par la thérapeutique, le terrain arthritique et par conséquent ses manifestationsmorbides ? Assurément non ; tous les essais ne peuvent être que des essais pour cette seule raison que nous ne savons pas du tout ce qu'est l'arthritisme et qu'on en est encore à chercher sa définition.

Mais, en ce qui concerne la bronchite chronique, on peut arriver à obtenir des modifications favorables par le traitement direct de l'affection. La terpine est un bon médicament ayant seulement l'inconvénient de fatiguer l'estomac et de n'agir que sur le catarrhe. Le soufre est bon à utiliser. Le mieux est encore de revenir aux gaïacols. On doit même dire que le gaïacol est le remède spécifique des bronchites chroniques *pourvu qu'on le puisse donner à doses suffisantes et pendant longtemps.* Utilisons dans cette intention soit les comprimés, soit les cachets Roche de Thiocol, renfermant chacun 0,50 centigr. de gaïacol sulfoné, c'est-à-dire admirablement toléré par l'estomac, sans toxicité, sans odeur, sans goût désagréable ; ces préparations ont un grand avantage : elles désinfectent la muqueuse respiratoire, elles favorisent la réaction curative aux points lésés, elles diminuent et tarissent l'expectoration, et enfin, secondairement, elles calment la toux.

Dans la bronchite chronique, l'important est d'administrer des doses suffisantes, 2 comprimés ou cachets Roche par jour, ne donnent presque pas de résultats ; il faut une dose double, ou même triple, par exemple, 2 à 3 fois par jour deux unités. Par ce moyen, on arrive, malgré sa chronicité et sa résistance, à modifier une bronchite rebelle, on fluidifie toute l'expectoration, puis on la diminue et enfin on la tarit. Dès ce moment, la toux diminue, l'oppression n'existe presque plus ; on peut cesser le médicament et passer à l'iodure ou à l'iodostarine, qui, sous forme de cachets, ou de granulés, fournit un iodure organique presque sans aucun inconvénients.

Un bon procédé thérapeutique est de donner les cachets Roche de thiocol à dose croissante, puis décroissante ; on arrive progressivement jusqu'à 8 par jour. On se tient à cette dose, tant que l'expectoration subsiste et on diminue progressivement, dès que les crachats sont devenus peu nombreux. Il faut continuer longtemps les faibles doses décroissantes, parce que, dans la bronchite chronique, il y a à redouter des retours congestifs frappants qui remettent le malade dans un état respiratoire presque aussi pénible que précédemment. Ce sont ces poussées congestives qui entretiennent et rendent chronique la bronchite. On luttera donc contre elles

ou bien par la faible dose de thiocol indiquée, *si des crachats persistent encore*, ou bien par l'iodostarine *si les crachats n'existent plus ou presque plus.*

La révulsion doit se faire ici très énergiquement et nous préconisons les pointes de feu. Elles seules agissent sur la profondeur et déterminent les modifications circulatoires indispensables.

Ce traitement est généralement suivi de résultats favorables et il agit même sur la toux. Mais lorsque celle-ci est fatigante et quinteuse (arthritique nerveux), il faut donner les opiacés, le pantopon (sirop) et les bromures. Quand ces accès sont terminés, on cesse les sédatifs et on attend de l'autre médication les résultats habituels, mais plus lents, sur l'ensemble des manifestations symptomatiques de la bronchite.

Dr Amas.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Le traitement médical des vomissements graves de la grossesse.

M. Le Lorier expose ainsi, dans *La Clinique*, la pratique à laqulle il a recours dans le service de la Maternité de Beaujon, et qui, tenant compte des dernières découvertes relatives à cette question, lui ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Au point de vue pathogénique, on peut admettre que les vomissements gravidiques, conditionnés par un terrain névropathique, sont dus à une toxémie provenant des villosités placentaires et favorisée par l'insuffisance des émonctoires maternels, le foie et les glandes endocrines en particulier, et la rétention intestinale. Il en résulte de l'inanition, une déshydratation rapide de l'organisme, une désassimilation énorme au dépens surtout de l'albumine.

Ceci posé, le traitement sera réglé comme suit : la malade sera autant que possible isolée, même dans le milieu familial et confiée à une garde intelligente et instruite. Puis, on imposera la diète absolue, de manière à mettre l'estomac au repos le plus complet. Les lavages de la bouche seront seuls tolérés, avec un mélange de glycérine et de jus de citron.

On évacuera l'intestin au moyen du lavement purgatif classique :

Sulfate de magnésie	ââ 15 gr.
Follicules de séné	
Miel de mercuriale	100 gr.
Eau	400 gr.

On réhydratera en même temps l'organisme au moyen d'injections sous-cutanées, répétées trois fois par jour, de sérum chloruré ou mieux glycosé à 45 p. 1000, chaque injection additionnée de V gouttes d'adrénaline au millième. La première injection de sérum précèdera le lavement purgatif.

Voilà pour la première journée. Le 2e jour, on fera deux injections sous-cutanées de 500 gr. du même sérum adrénaliné et on mettra en œuvre l'entéroclyse continue par la méthode de Murphy, de manière à introduire ainsi par 24 h., 3 à 4 litres d'eau, en 3 ou 4 séances d'une heure chaque fois. L'eau sera salée ou glucosée et contiendra en outre par litre 5 à 10 gr. de bicarbonate de soude.

Le 3e jour, même pratique, et en outre, on commencera à donner par la bouche une cuillerée d'eau d'Evian ou d'Alet, toutes les 30, puis toutes les 15 minutes. Si elle est bien supportée, on recourra le soir même au lait, par cuillerées à café, ou, à défaut, à la purée de pommes de terre ou à l'eau de riz.

Les effets de cette médication sont habituellement merveilleux. Si cependant les vomissements continuaient, on ajouterait aux injections sous-cutanées et à l'entéroclyse continue les injections de sérum de Ringer, selon la formule suivante :

Chlorure de sodium	1 gr. 80
— de calcium	0 gr. 048
— de potassium	0 gr. 084
Bicarbonate de soude	0 gr. 06
Eau distillée	200 gr.

A injecter en une seule fois.

Au bout de 48 heures, en cas d'insuccès, on injectera du sérum de cheval, puis, si l'on peut s'en procurer, du sérum frais de femme enceinte multipare, n'ayant jamais souffert d'accidents gravidiques. A défaut, on pourrait employer du sérum frais humain quelconque, mais d'origine féminine de préférence, à raison de 20 cmc. par dose. Cette injection sera parfois renouvelable deux ou trois jours après. Si cette deuxième injection échoue, il ne faut pas continuer et on doit songer à exonérer l'utérus.

Le pronostic des vomissements incoercibles de la grossesse est commandé assez exactement par le pouls. Entre 70 et 80, pas de danger. Au-dessus de 100, il n'en est plus de même, surtout si l'état général s'altère rapidement ; troubles nerveux, troubles visuels, affaiblissement de la mémoire, hallucinations, parésies et paralysies, etc.

A la méthode qui précède, l'auteur ajoute volontiers les inhalations d'oxygène. L'alimentation peut être reprise rapidement ; elle comportera nécessairement pour commencer des matériaux hypotoxiques : purées de pommes de terre, riz, pâtes, lait pur ou associé aux légumes, bouillies, etc.

CORRESPONDANCE

Un nouveau fleuron à la couronne des assureurs.

Veuillez trouver ci-joint la lettre que m'a adressée la Compagnie la X. en réponse à un avis de ma part, informant que je ferai radiographier le coude du malade. Cet homme était tombé sur le coude, d'où luxation et hématome ; je réduis la luxation et je ponctionne l'hématome et, l'impotence fonctionnelle persistant, je me décide à le faire radiographier. La radiographie a révélé un ostéome du brachial antérieur. Je ne suis pas inquiet sur le paiement de cette radiographie, car le malade la paiera certainement. Mais la réflexion par laquelle le directeur termine sa lettre est tellement monstrueuse par son absurdité que je crois de mon devoir de vous la faire connaître pour que vous en fassiez la publicité que permet la loi.

D[r] C.

Monsieur,

Notre agent général à M..., M. R., nous transmet votre lettre du 17 courant, l'informant que vous allez faire radiographier le coude de M. L...

M. L... est bien notre assuré, mais en qualité d'agriculteur et par conséquent régi par le droit commun. Dans ces conditions, nous croyons devoir vous faire remarquer que M. L... est avant tout votre client, et que si vous avez besoin d'être éclairé quant aux soins à lui donner, c'est affaire entre vous et lui, mais nullement entre vous et la compagnie.

Veuillez noter, en outre, que d'une façon générale, *une radiographie ayant pour but d'aider le médecin traitant soit dans son diagnostic, soit dans son pronostic, nous ne considérons pas ces frais comme nous incombant. Ils doivent rester à la charge de celui qui en a besoin pour exercer sa profession.*

Pour la compagnie,
Le directeur.

L'impôt sur le revenu.

Caveant medici !!

Ci-joint quelques lignes au sujet de l'impôt sur le revenu. Elles m'ont été suggérées par un article du *Matin*, dont ci-joint coupure. Si vous les croyez intéressantes pour les lecteurs du *Concours*, vous pouvez en disposer.

Monsieur Caillaux, Citoyen du Maine, et Grand Argentier de France, claironne à tous les échos l'idée maîtresse de son règne, la grande réforme de l'impôt. M. Briand a fait le voyage de Saint-Etienne tout exprès pour nous rassurer. Il nous invite à ne pas trop nous émouvoir et à considérer que les claironnements de M. Caillaux, venant de la Sarthe, n'arriveront jusqu'à nous, tout comme certaine autre denrée célèbre du même pays, que fortement « sopranisés ».

Mais ce que Briand ignore, car il n'aurait pas manqué de nous le dire, c'est où Caillaux a puisé l'idée de l'impôt sur le revenu. Une indiscrétion

m'ayant permis de le savoir, je vais vous le confier. Vous n'ignorez pas que la circonscription qui a le bonheur de posséder M. Caillaux, touche le département de l'Orne, autrement dit la Normandie. On peut également savoir, sans être dans les secrets de la Diplomatie, que notre argentier, qui a « de la branche » et une éducation très Régence, entretient des relations avec les monarchies voisines. Et c'est pour ainsi dire en voisin, qu'il est devenu un familier de la cour du roi d'Yvetot qui

Sur chaque muid levait un pot
d'impôt

Entraîné par l'esprit d'imitation, il vient cambrioler nos caves, compter nos futailles, les ponctionner et « humer le pot » à notre santé, comme disait le vieux Rabelais.

Toutefois, notre ministre des finances, en homme du monde discret, ne tient pas essentiellement à descendre dans nos caves. Du trottoir, M. le Répartiteur, à l'œil de lynx, déterminera la quantité de muids, la nature et la valeur de la piquette, et la dîme à prélever. Tant pis pour toi, cher confrère, « si displicuit nasus tuus » à M. le répartiteur ! Si mon affirmation vous paraît osée, relisez et méditez le journal le *Matin* du jeudi 27 novembre 1913 où M. E. Aimond, sénateur, rapporteur général de la Commission des finances et de la Commission de l'impôt sur le revenu, écrit ceci :

« La commision s'arrêta à un triple système basé sur la déclaration facultative, l'évaluation administrative sur des bases précises et légales, et *les signes extérieurs de la fortune* : loyer, domestiques, voitures, etc., etc. »

Loyer ! domestique ! voiture ! Tout l'attirail indispensable à l'exercice de notre profession, *toute la charge du métier, tout le poids mort que nous traînons, et que l'on baptisera luxe* !

Et maintenant, à la veille des élections législatives, que vont faire nos syndicats médicaux ? Ne trouveraient-ils rien de mieux que d'imiter Mme la marquise de Sévigné « qui faisait des feux de joie et chantait le Te Deum de ce que Sa Majesté avait bien voulu accepter son argent ? »

Docteur Marcel Durand.

Comment les magistrats obéissent à la chancellerie en matière d'experts. — Les experts inamovibles.

A l'ami Diverneresse,

J'ai, avec le plaisir que je goûte toujours à la lecture de vos écrits, savouré dans le *Concours médical* le rapport lu par vous à l'Assemblée générale du « Sou médical » sur ces questions d'accidents du travail où s'exercent toujours votre compétence et votre énergie pour le plus grand bien du corps médical.

Puisque je n'ai pu joindre mes applaudissements à ceux de nos nombreux confrères qui ont eu la bonne fortune de vous entendre, laissez-moi du moins vous adresser mes félicitations, et vous crier : Bravo ! Continuez à mener le bon combat et à démasquer nos exploiteurs et leurs séides. En parlant de la 3e circulaire du garde des sceaux aux magistrats au sujet des experts, vous dites : « Cette fois, la circulaire a semblé produire son effet ; il est certain que plusieurs médecins de compagnies ou de grandes compagnies industrielles ont été rayés de la liste des experts. »

En effet, quelques rares experts, par trop notoirement inféodés aux bonnes compagnies, ou simplement naïfs, furent « débarqués », mais quel mince résultat ! Dans ma ville une demi-douzaine d'entre eux resta sur le carreau ; mais les malins, ceux qui surent cacher leur double qualité d'experts et de médecins d'assurances, et répondirent avec désinvolture à un semblant d'enquête, ceux-là demeurèrent et continuèrent à avoir les bonnes grâces du tribunal. Il en va de même dans une autre ville de la région, où les magistrats continuent à désigner non seulement des médecins attachés, mais aussi ceux qui ont été rayés de la liste officielle.

N'allez pas croire au moins que les vides provenant de l'élimination des cinq ou six experts susdits furent remplis par des médecins indépendants ? Ceux-ci n'y gagnèrent rien, car ils sont trop suspects pour être *personæ gratæ*. Pour nos intègres magistrats, il n'y a pas de doute que seuls, les médecins patronaux présentent toutes les garanties d'honorabilité et de probité, tandis qu'à leurs yeux, le médecin indépendant est trop souvent synonyme de médecin marron.

Donc, pas grand'chose de changé, malgré les circulaires ministérielles ; et les blessés n'ont pas beaucoup plus de garanties qu'auparavant. La comédie continue, et il est à craindre qu'elle continue encore longtemps.

En revanche, comme pour établir une compensation, les juges de paix ont redoublé de zèle pour désigner à qui mieux mieux des médecins d'assurances. Aussi serait-il intéressant de publier certains rapports d'expertise qui prouveraient comment ces experts comprennent leur devoir et quelles garanties d'impartialité ils présentent.

En tous cas, la place est lucrative, et l'on cite tel expert à qui l'amitié d'un juge vaut une quarantaine d'expertises par mois...

Allons, il y a encore de beaux jours pour les assureurs, et de la besogne en perpective pour vous et pour ceux qui vous secondent si bien, nos excellents confrères les députés Doizy et Peyroux. Dr F.

Médecine humanitaire... et illégale.

Je vous envoie ci-inclus un document pour *illustrer* votre campagne contre les charlatans.

Un de mes clients, atteint de sinusite et de laryn-



gite chronique, s'adresse à l'auteur de la fameuse annonce *humanitaire*, et lui demande ce qu'il doit faire. Il a reçu en réponse la lettre ci-jointe. Coût des médicaments *ordonnés* : 36 fr. Consultation absolument gratuite et tout à fait désintéressée ! Le monsieur n'a pas eu le courage de signer.

Copie du document.

Monsieur,

Pour vous guérir de cette affection, il vous faut prendre le traitement suivant :

1 litre sirop dépuratif nº 1 ; 3 boîtes pilules toniques au goudron. 26 francs, franco.

Si vous toussez, prenez en même temps 1 litre sirop pectoral adoucissant, 10 francs.

Agréez, Monsieur, mes sincères salutations.

Inspection des dépôts de médicaments des propharmaciens
Vérification de leurs poids et mesures.

De la lecture de l'Agenda-Memento de 1914 (page 33) il résulte que les pro-pharmaciens sont tenus de se soumettre aux visites et inspections applicables aux pharmaciens, et à la vérification des poids et mesures. Or, je lisais il y a un instant (in *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, nº 11 de nov. 1913) un article du Dr Helme (1) qui émet, avec à l'appui un arrêt du Conseil d'Etat du 8 août 1890 une opinion diamétralement opposée. Ne trouvez-vous pas qu'il serait bon que vous mettiez les lecteurs du *Concours médical* au courant, car nombreux sont ceux qui seraient heureux de connaître exactement leurs droits ?

(1) En réalité, l'article est signé du Dr Grangée, et non du Dr Helme. N. D. L. R.

Réponse.

L'Agenda Memento du *Concours* est dans la vérité en indiquant que les médecins autorisés par l'article 27 de la loi de germinal à fournir des médicaments à leurs clients, lorsqu'ils sont établis dans des localités où il n'y a pas de pharmacien, sont soumis à la visite imposée aux pharmaciens et aux droguistes et par suite à la taxe.

Si un arrêt du Conseil d'Etat du 8 août 1890 a bien décidé le contraire, comme l'indique la *Revue moderne de Médecine et de chirurgie*, nº de novembre 1913, la loi du 25 juin 1908 portant modification des art. 29, 30 et 31 de la loi du 21 germinal an XI sur l'organisation des écoles de pharmacie édicte l'inspection annuelle, non seulement des officines des pharmaciens et des magasins de droguistes, etc., mais encore des « dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires. »

La valeur de l'arrêt du Conseil d'Etat du 8 août 1890 se trouve donc aujourd'hui anéantie, car la loi nouvelle, en visant les dépôts tenus par les médecins, n'a pu avoir en vue que les médecins fournissant des remèdes conformément à la disposition exceptionnelle de l'art. 27 de la loi de germinal.

En ce qui touche la vérification des poids et mesures, il a été jugé par le Conseil d'Etat (20 septembre 1859. Adrot. Dalloz 1860. 3. 51) que

le médecin qui, pratiquant dans une localité non pourvue de pharmacien, fournit des remèdes aux malades près desquels il est appelé, peut être compris dans le tableau des personnes obligées d'avoir, pour l'exercice de leur profession, un assortiment de poids et mesures déterminé par le Préfet, et que par suite ce serait à tort qu'il se refuserait au paiement de la taxe établie pour la vérification des poids et mesures déclarés obligatoires pour le dosage des médicaments.

Aucune loi n'étant venue postérieurement à cet arrêt modifier la situation, la question se trouve donc tranchée dans le sens indiqué par l'Agenda du *Concours médical*.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour de Paris,
Conseil du « Sou Médical ».

D'ailleurs, M. le Dr Grangée a publié dans *Paris Médical* une série d'articles sur la *Propharmacie* qui renferment des assertions aussi erronées que celle qui fait l'objet de la consultation précédente, ou tout au moins fort contestables, et contre lesquelles nous mettons en garde ceux de nos lecteurs qui en pourraient avoir connaissance.

N. D. L. R.

Les Sociétés mendiantes exigent que leurs médecins attitrés donnent leurs huit jours !

Le Syndicat dont je suis président règle ici les différends avec les sociétés de S. M.

Deux confrères ont accepté tacitement, suivant les usages créés par les prédécesseurs, de donner leurs soins à l'abonnement de 5 fr. par an aux membres d'une société.

Le 25 décembre 1913, sur les injonctions du Syndicat, inspirées de la volonté des 2 confrères eux-mêmes, ils avisent le président de cette Société que puisque les nouvelles conditions d'augmentation de tarif ne sont pas acceptées, ils donnent leur démission de médecins de la Société et qu'à partir du 1er janvier, terme auquel expire l'abonnement annuel, les sociétaires seront considérés comme clients ordinaires.

On leur répond qu'ils sont liés par un contrat de fait (il n'y a rien d'écrit), *que ce contrat est assimilable à un contrat de louage de services* (!) *et qu'ils doivent donner un congé six mois à l'avance, sous peine de dommages*, etc.

En outre, comme gage on leur retient les honoraires du 2e semestre 1913, car on payait les honoraires de 5 fr. par an par semestre.

J'ai conseillé : 1° de maintenir la démission à dater du 1er janvier, le contrat de louage régi par des usages locaux ne pouvant être assimilé à leur cas ; 2° de prévenir qu'à défaut de paiement dans la quinzaine, on assignera qui de droit.

Au point de vue légal, je serais heureux d'avoir l'opinion du *Concours*.

Dr R.

Réponse.

Lorsqu'il s'agit de révoquer un médecin qui a cessé de plaire à M. le président de la société, on invoque le caractère verbal du contrat qui liait médecin et société de S. M., et on dit « contrat oral, contrat inexistant. »

Lorsqu'il s'agit de retenir prisonnier un médecin, qui ne veut plus être l'esclave et la dupe de la société mendiante, et qui entend que ses malades puissent avoir le libre choix du médecin, la société dit alors : « Contrat moral, engagement formel. »

Elle en a donc de bien bonnes, cette société mendiante, lorsqu'elle vient prétendre qu'il existe un contrat de louages de services entre elle et le médecin. A notre tour, disons-lui : « Contrat oral, contrat inexistant, à moins que vous puissiez faire la preuve formelle que moi, médecin, je me suis engagé envers vous pour une durée déterminée. »

En somme, un praticien est toujours en droit de refuser de soigner tout nouveau malade, lorsqu'il n'a pas d'engagement formel, écrit, ou devant témoins.

Dans le cas particulier, nous considérons que les médecins, vos confrères, peuvent parfaitement se considérer comme déliés, vis-à-vis de la société, qu'ils ont prévenus, par politesse, quelques jours avant la fin de l'année.

Accepter la manière de voir de la S. M. serait assimiler les médecins aux domestiques qui doivent donner leurs huit jours.

Mais nos confrères feront bien de ne pas cesser leurs soins aux malades en cours. Ils préviendront, par lettre recommandée, les mutualistes en cours de traitement, qu'ils ont changé leur *modus vivendi* avec la mutualité qui, par ses statuts, doit leur assurer les soins médicaux et qu'en conséquence, ces malades aient à considérer leur médecin comme dégagé de tout engagement envers eux.

En attendant, les praticiens continueront leurs visites, pendant deux ou trois jours, aux malades les plus graves, pour ne pas être accusés d'abandon de ceux-ci, à moins que ceux-ci ne les choisissent formellement pour continuer à garder la direction du traitement jusqu'à la fin de l'affection.

D'autre part, la mutualité retient comme gage les honoraires des médecins. Dites à ces confrères que, s'ils font partie du « Sou médical », cette Ligue de défense professionnelle leur prêtera son appui pour s'adresser à la justice et obtenir le paiement de ce qui lui est dû.

Une rectification

Dans le numéro du *Concours médical* du 4 janvier 1914 a paru un article intitulé : « Un moyen simple d'obtenir la contraction intestinale », page 23, et signé Dr Coyon. Etant le seul de ce nom, je suppose qu'il y a eu erreur d'imprimerie, l'article suivant étant signé Dr Goyon. Comme je viens de recevoir plusieurs lettres au sujet du dit article, je vous serais très obligé, Monsieur, de vouloir bien signaler cette erreur dans votre prochain numéro, afin de rendre à César ce qui lui est dû.

Am. Coyon,
4, rue de l'Arcade.

Le premier article est bien signé Goyon, mais la pointe inférieure du G a sauté partiellement pendant le tirage, ce qui lui donne l'apparence d'un C.


Admis dans les Hôpitaux depuis 1906
E. VIEL & Cie
9, Rue Saint-Paul, PARIS
COMMUNICATIONS
Congrès Intl Tuberculose (Rome)
Pathologie (Paris) et
Sté Khédiviale (Le Caire)
MÉDAILLE D'OR
Congrès Intl de Médecine, Londres 1913
L'IODÉOL possède outre l'action Catalytique et Antithermique des Colloïdes Électriques le pouvoir Anti Anaphylactique, Bactéricide et Antitoxique de l'Iode Métalloïdique
(Absence de Causticité et Toxicité. Pas d'Iodisme).
Injections intramusculaires (INDOLORES)
IODÉOL
IODE COLLOÏDAL
ÉLECTRO-CHIMIQUE
PUR & STABLE (Suspension huileuse).
EXEMPT
de PEPTONES & de GLYCOGÈNE
MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
PNEUMONIES
BRONCHO-PNEUMONIES
TUBERCULOSE
MALADIES INFECTIEUSES
TYPHOÏDE
MÉNINGITES
BLENNORRAGIE
Dans la Blennorragie prescrire "IODARGOL"


DYSENTERIE AMIBIENNE
HÉMOPTYSIES DES TUBERCULEUX
(etc)
EMÉTINOL
Ampoules de CHLORYDRATE D'ÉMÉTINE PUR à 0,04
E. VIEL & Cie
9, Rue St-Paul, PARIS _ LONDRES, 118, 122, Holborn, E.C.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

I

Prémisses ([1]).

In memoriam !

A la demande du Conseil de direction du *Concours médical,* j'ouvre aujourd'hui l'étude décidée par sa dernière Assemblée générale *sur ce qu'il conviendrait de faire pour mettre le corps médical français en mesure de remplir, comme il le souhaite, son rôle de défense et de protection sociale, sans qu'il soit porté atteinte aux droits individuels du malade, du blessé, du client, qui veulent, sous la garantie de l'article* 378 *du code pénal, donner toute leur confiance au praticien de leur choix et ne pas avoir à craindre de voir négligés, méconnus ou trahis, au profit de tiers quelconques, les intérêts moraux ou pécuniaires dont ils gardent le légitime souci aux heures de la souffrance et de l'incapacité de travail, ou même quand ils tombent seulement sous le coup des sanctions de telles ou telles lois préventives votées par souci de préservation de la société contre les dangers d'ordres divers que peut lui faire courir un de ses membres.*

Depuis vingt ans, le législateur et l'administration sont restés, en France, à la recherche de la solution de ce problème. Ils l'ont poursuivie en dehors de notre compétence, sans même vouloir que nous la leur apportions, parce qu'ils reculaient d'avance devant les sacrifices d'autorité, d'argent, d'équité supérieure qu'ils auraient à consentir pour l'application. Ils rédigeaient des textes de lois ou de décrets, les faisaient adopter par des commissions choisies à leur gré et, aux jours d'extrême condescendance, demandaient une vague approbation à tels de nos confrères sans mandat, pris à l'Académie ou ailleurs, en tout cas hors du milieu des praticiens. Avec ce dossier sans consistance, rapporteurs et ministres, conseillers généraux et préfets, se lançaient dans la bataille parlementaire contre des hommes encore plus généreux qu'eux ; ils transigeaient ou surenchérissaient sans autre souci que d'enlever un vote ou de suivre les indications du baromètre électoral ; ils sacrifiaient l'intérêt général aux puissantes influences des groupes, des partis, et surtout des classes ; ils comptaient sur une assemblée pour réparer les bévues de l'autre, et tout particulièrement sur les réglements administratifs de la bureaucratie pour corriger leurs bons mouvements, trop justes et trop libéraux.

Toujours acquis au culte des demi-mesures qui ne compromettent pas la popularité, ils en sont arrivés ainsi à faire du praticien cet hybride, ce Janus, dont l'individu et la société se défient avec des apparences de raison, qui se trouve constamment entre l'enclume et le marteau parce que les deux parties ont des droits sur lui, l'une par l'exercice normal de la profession, l'autre par la servitude légale ou quasi-contractuelle qu'elle lui a imposée (assermentations, nominations administratives, monopoles de services d'hygiène et de médecine publique, etc.).

Or, cette œuvre néfaste ne donne que des résultats *négatifs,* dont pouvoirs publics, médecins, et surtout intérêt général aussi bien que liberté individuelle,se plaignent à qui mieux mieux. Des conflits permanents, des suspicions d'abus, des sanctions inspirées par le plus fol arbitraire, des tracasseries misérables comme la politique qui les inspire : voilà tout ce qu'on aperçoit. Quant à des bénéfices appréciables

---

(1) Cet article est tout entier de la plume de notre regretté Directeur, le Dr Jeanne. Il l'avait écrit avant que nous n'ayons arrêté en conseil le plan que nous devions suivre dans l'étude entreprise. Il n'était pas destiné à être publié. Plût au ciel qu'il ne l'eût jamais été. Aujourd'hui, la brutale disparition de l'homme éminent mais modeste qui présidait hier encore aux destinées du *Concours médical,* nous fait un devoir d'accorder à sa mémoire le suprême honneur de l'article de fond de notre Partie professionnelle.

Nos lecteurs trouveront, pour la dernière fois dans cet article, le style clair, précis, limpide et élégant dont notre cher disparu savait revêtir les idées, toujours si nobles et si généreuses, que lui inspiraient son amour et son dévouement pour le corps médical.

N. D. L. R.

pour la santé publique, pour une marche régulière des services d'hygiène, d'assistance, même de bonne administration, on les cherche, ou du moins ils apparaissent comme rudimentaires au bout d'un quart de siècle d'études ou de mise en pratique.

Après la communication de notre Conseil de direction à l'Assemblée générale, après le geste de M. Chéron, après la résistance connue du public à l'application de la loi de 1902, il semble bien inutile d'insister sur la description du mal et de ses symptômes. Donc, passons, pour n'y plus revenir, et résumons ce que nous venons de dire par ces brèves formules :

1° Rôle social du médecin inorganisé ;

2° L'étiologie de ce mal provient de la mentalité autocratique et de l'incompétence des pouvoirs organisateurs ;

3° Le pronostic ne peut s'améliorer sous le régime actuel.

Et nous voici en présence du traitement à instituer. De quelle considération allons-nous partir pour y procéder logiquement et éviter les accidents inhérents à la méthode jusqu'ici employée ?

Le jour de l'Assemblée générale, nos amis nous ont dit, notamment par la bouche du Dr de Sallier-Dupin, de Nort-sur-Erdre (Loire-Inférieure) :

« C'est là une tâche urgente et indispen-
« sable. Mais les gens dispersés et occupés que
« nous sommes vous prient de fixer le point de
« départ de cette grave étude, d'en esquisser
« les grandes lignes, d'orienter les recherches. »

Et l'un de nous répondait : « Soit, voulez-vous que nous partions d'une hypothèse qui s'est fait place déjà en plusieurs articles du journal, au cours des cinq dernières années, et contre laquelle personne ne s'est élevé, du moins publiquement ? »

L'assentiment parut être général.

Or, quelle est cette donnée initiale que personne n'a jamais contestée, dans quelque bouche ou sous quelque plume qu'on l'ait rencontrée ? La voici :

« *Il y a incompatibilité absolue, radicale, iné-*
« *vitable, entre, d'une part, le rôle de médecin libre-*
« *ment choisi par l'individu ou sa famille et, d'au-*
« *tre part, l'exercice d'un mandat de surveil-*
« *lance, de vérification, de contrôle confié par*
« *des tiers quelconques, au médecin traitant,*
« *contre cet individu ou cette famille.*

« Le traitement de la maladie et la défense
« des intérêts du malade en vertu de la liberté de
« confiance est une chose qui résume tous les
« droits de la liberté individuelle du citoyen
« en ces jours-là ; le contrôle d'un tiers inté-
« ressé (société, administration, patron, collec-
« tivité) sur ce qui se produit au cours de ce trai-
« tement est chose toute différente et nette-
« ment opposée. La première se passe sous le
« couvert d'une discrétion inviolable, la se-
« conde est manifestement enquête plus ou
« moins policière (n'ayons pas peur des mots) :
« l'une est l'œuvre du *médecin traitant*, l'autre de
« toute personne, médecin ou non, *qui ne sera*
« *pas ce médecin traitant*, et n'aura de comptes
« à rendre qu'au tiers l'ayant mis en œuvre. »

Il semble bien que contre cette constatation logique, seules, la routine ou la préoccupation de ne pas léser de petits intérêts particuliers s'élèveront avec insistance et ne fourniront que des arguments spécieux.

Mais, cette assise n'eût-elle pas la valeur qu'on a paru lui attribuer jusqu'ici, pourquoi ne l'adopterions-nous pas, même arbitrairement et à titre provisoire, si elle peut suffire de base à la construction théorique du système légal d'après lequel nous voulons assurer, de façon utile et complète, l'action du praticien dans la protection de la santé publique ? Comme toujours, nous ne prétendons rien imposer. Seulement, puisqu'on nous invite à proposer, nous proposons, et nous sommes d'autant plus à l'aise pour le faire qu'il n'a rien été produit d'autre jusqu'ici qui vise à embrasser d'un seul coup tous les éléments si complexes du problème.

Nous formulons donc aujourd'hui cette prémisse en appelant les réfutations : « *Pour le double mandat* (*individuel et social*), *il faut des hommes différents, quoique tous médecins ; les uns seront médecins traitants, les autres seront des fonctionnaires docteurs en médecine.*

H. Jeanne.

II

Pourquoi le médecin de l'administration ne doit-il pas exercer la médecine ?

Le médecin qui doit représenter les intérêts de l'administration ne peut pas exercer la médecine, et cela pour de nombreuses raisons, que nous allons envisager tour à tour.

1° *Vis-à-vis de l'administration.*

Ce médecin de l'administration, nommé et choisi par celle-ci, doit être considéré comme un véritable fonctionnaire. Il doit, avant tout, être l'homme de l'art, le technicien, qui sauvegarde les intérêts de la collectivité, sans tenir compte des intérêts de chaque individu.

Par certains côtés de ses missions multiples et complexes, ce fonctionnaire-médecin pourra détenir une parcelle de la puissance publique ; il aura parfois à user du droit de contrainte, qui est le propre des attributs de la puissance publique.

Il devra quelquefois intervenir, soit pour des mesures de préservation sociale à imposer, soit pour des poursuites à intenter. Il sera,de la sorte, un véritable représentant, soit du pouvoir central, soit du pouvoir départemental ou communal et, par suite, devra être sous la dépendance de ces derniers.

Un subordonné doit être dans la main de ses chefs : il ne faut pas que les exigences d'une clientèle civile à desservir puissent faire hésiter le fonctionnaire-médecin à s'absenter plusieurs jours, ou seulement durant quelques heures, pour aller faire une enquête sur place, ou pour exécuter un ordre pressé.

En second lieu, le subordonné ne doit pas conserver trop d'indépendance, du fait qu'il gagne sa vie en dehors de ses fonctions administratives. Ne serait-il pas incité à « tout envoyer promener », le jour où il trouverait intolérable la façon de commander de ses supérieurs hiérarchiques ?

C'est la raison pour laquelle les médecins militaires ne peuvent pas exercer la médecine civile ; il en est ainsi pour les médecins directeurs d'asiles publics d'aliénés, etc.

Ne serait-il pas à craindre également que ce médecin-fonctionnaire, s'il pouvait exercer la médecine, n'utilise les appareils de laboratoires municipaux pour faire des examens et des analyses privées qu'il se ferait payer directement ? Le titulaire d'un outillage public pourrait être incité à détourner partiellement de sa destination l'appareillage délicat et fort cher, établi pour les seules recherches municipales ou départementales ?

Enfin, l'administration aurait souvent à se plaindre du peu de zèle de ses fonctionnaires-médecins, si elle ne croyait pas avoir à leur interdire formellement l'exercice de leur art, en dehors des obligations administratives. Le fonctionnaire est sûr d'être payé chaque mois, qu'il fasse peu ou beaucoup de travail. Donc, la besogne officielle pourrait toujours attendre, lorsqu'elle serait mise en concurrence avec l'exercice de la clientèle privée. Le fonctionnaire-médecin abandonnerait ses obligations de service, pour courir au chevet du malade qui le paiera et lui founira ainsi un complément de bénéfices.

Il faut donc conclure que l'administration, si elle crée des fonctionnaires-médecins, doit, dans son intérêt, interdire formellement l'exercice de la clientèle privée aux titulaires des différents services médicaux qu'elle aura institués.

2° *Vis à vis des malades à contrôler.*

Le fonctionnaire-médecin doit avoir toute liberté pour réclamer des sanctions contre les délinquants, contre tous ceux qui violent les règlements d'hygiène ou autres.

Prenons, par exemple, le service de la vaccination. Le médecin vaccinateur actuel ne peut que signaler les absents, c'est-à-dire qu'il portera sur ses états le nom des individus qui ne se sont pas présentés à la séance de revaccination obligatoire.

Ces listes, remises au maire, ne reçoivent pas les sanctions prévues par la loi, car le médecin traitant vaccinateur ne doit pas se transformer en ministère public, n'ayant aucune qualité pour cela faire ; quant au maire, il se soucie beaucoup plus de sa réélection que de l'application de la loi. Il cherchera donc à étouffer l'affaire.

Le fonctionnaire-médecin, au contraire, ne dépendant comme situation, ni de la clientèle privée, ni des électeurs, pourra, au reçu des listes, signaler les absents au procureur de la République qui prendra toutes les mesures que la loi met à sa disposition.

De même pour les maisons insalubres : jamais un médecin qui fait de la clientèle n'aura l'énergie nécessaire pour obliger un maire, ou autre gros bonnet, à assainir les immeubles défectueux qu'il loue au public. Il aurait peur de s'aliéner une clientèle qui le paie et le fait vivre.

Le fonctionnaire-médecin n'aurait pas les mêmes craintes ni les mêmes scrupules et la tuberculose serait ainsi nettement combattue, grâce à l'air et à la lumière que l'on donnerait aux pauvres diables, actuellement parqués dans des taudis innommables.

D'autre part, tout certificat nécessaire à l'administration doit être délivré sans restrictions. Et cependant, un médecin qui soigne la personne qui réclame une attestation a le devoir d'indiquer à son malade certains points qu'il ne peut inscrire sur une pièce qui peut devenir publique.

D'où, soit des réticences, soit des abstentions. Le secret professionnel lie le médecin traitant. Il ne liera jamais le fonctionnaire-médecin vis-à-vis de la personne examinée, puisqu'il ne l'aura jamais soignée.

Allant même plus loin, un certificat, une mesure de désinfection, peuvent porter préjudice à un intérêt privé, alors que leur but est la préservation de la collectivité.

En cas de faute du médecin, qui est responsa-

ble ? Est-ce le praticien seul ? Est-ce l'administration ?

Avec l'actuelle confusion des fonctions médicales, le problème est insoluble.

Au contraire, un fonctionnaire-médecin sera couvert, par son administration, pour toutes les fautes dites de service.

3° *Vis-à-vis des confrères, les praticiens.*

Il est actuellement un fait, vérifié en maintes occasions, qui consiste dans le choix du médecin inspecteur du premier âge comme médecin traitant. Combien de fois le médecin de famille s'est vu remercié par d'anciens clients, parce qu'ayant pris un nourrisson, ils croyaient devoir choisir, comme médecin habituel, l'inspecteur de ce service ?

Que de fois encore la politique se mêle au choix de celui qui donnera des soins aux indigents, aux enfants assistés, etc. Aussi, le médecin se trouvera parfois très embarrassé, pour remplir sa mission d'inspecteur : signalera-t-il cette nourrice comme malpropre et tenant mal son nourrisson ? Si oui, ne perdra-t-il pas la clientèle de cette famille, et, par suite des bavardages, les soins à donner à tout un village ?

Des préoccupations de cet ordre ne devraient pas exister, lorsqu'il s'agit de remplir son devoir, au point de vue de la préservation collective.

Jamais un avocat général, soutenant l'accusation, ne viendra ensuite présenter la défense du même accusé. Pourquoi alors mettre le médecin dans cette double alternative ?

D'autre part, le médecin officiel se sert souvent de ses fonctions pour faire de la concurrence déloyale à ses confrères. Gagnant sa vie par des situations fixes, ce praticien tendra à baisser ses prix.

Mais alors, pour gagner un peu, il fera de la médecine à la grosse. D'où, missions officielles mal remplies, au bénéfice de la clientèle ; d'autre part, animosité des médecins praticiens, alors que ceux-ci devraient être ses collaborateurs bienveillants, dans la mesure et les limites imposées par le respect du secret professionnel.

Aussi, conclurons-nous ; Non, le médecin ne devra pas exercer la médecine, lorsqu'il sera appelé par l'administration à surveiller, enquêter, faire sanctionner, au nom de la préservation de la Société tout entière.

Il devra devenir un véritable fonctionnaire, soumis aux règles et statuts qui lui seront imposés par l'autorité qui le nommera. Mais, il devra connaître notre art, non seulement en théorie, mais aussi dans la pratique.

Pour juger, vérifier et discuter les choses médicales, il faut avoir exercé la médecine pendant quelques années et être rompu aux différentes difficultés de la pratique de tous les jours.

Aussi, le médecin fonctionnaire, tel que nous croyons pouvoir l'entrevoir, devrait avoir exercé la médecine pendant un certain nombre d'années, après lesquelles il pourrait passer un concours qui constaterait l'étendue de ses connaissances en droit administratif.

Mais cette conception dépasse actuellement le cadre de cet article et sera discutée plus tard.

III

Pourquoi le médecin traitant ne doit-il dépendre en aucune manière de l'Administration ?

1° *Le médecin-traitant ne doit jamais violer le secret professionnel.* Lorsqu'un malade fait appeler l'homme de l'art, qui doit le guérir, il abandonne toute dissimulation, toute réticence et dévoile, à celui qui doit le traiter, ce qu'est la pauvre humanité souffrante, avec toutes ses faiblesses et toutes ses imperfections.

Mais, de tels aveux ne peuvent se faire que si le patient est assuré que son médecin respectera son secret et qu'il imitera le silence du confesseur.

Cette notion du secret professionnel est tellement élémentaire qu'elle se trouve inscrite, au Code pénal, à l'article 378, qui fait aux médecins une obligation formelle de ne pas révéler les faits qu'ils ont appris dans l'exercice de leur profession.

Il est donc impossible de demander à ce confident médical, à qui le Code pénal ordonne le silence le plus absolu, d'aller dévoiler à des tiers, fussent-ils des administrations publiques, les secrets appris en tant que médecin traitant.

Il y a donc incompatibilié formelle entre la mission de guérir et le mandat de contrôler, expertiser, enquêter, rechercher, au nom de la collectivité tout entière.

Le législateur l'a si bien compris qu'il a inscrit, dans la loi des accidents du travail (9 avril 1898) l'interdiction, pour le médecin traitant de la victime, d'être désigné comme médecin-expert, pour faire un rapport sur l'état du dit blessé (art. 17 § 4).

2° *Le médecin traitant doit être librement choisi par le malade qui le fait appeler.*

Au nom de la liberté individuelle et de l'égalité des droits contenues dans les immortels principes de 1789, le malade, qu'il soit riche ou indigent, doit pouvoir confier sa santé et ses secrets, au praticien qui, à ses yeux, à tort ou à raison, lui en parait le plus digne.

Donc, doivent disparaître ces obligations préjudiciables aux seuls malades pauvres, de n'appeler que le médecin désigné par le préfet, au nom du Conseil général.

Le malade ne s'inquiète que de la valeur professionnelle du médecin ; il l'appréciera à sa manière ; c'est son affaire, puisqu'il est le consommateur des soins.

Au contraire, pour faire ses nominations de médecins officiels de l'Assistance médicale gratuite, inspecteurs des enfants assistés, ou autres, le préfet s'arrêtera moins aux capacités techniques des candidats qu'aux notes politiques et aux protections que chacun d'eux pourra faire valoir.

Quelquefois même, des révocations sont prononcées contre des médecins dont les opinions de citoyens porteront ombrage aux puissants du département. Et ce sont les malades pauvres, privés d'un médecin qui leur plaît, qui souffriront, alors qu'ils devront par la suite s'adresser à un autre médecin officiel, qui leur inspirera moins de confiance que le premier, qui a été révoqué.

3° *Entre le malade et son médecin, ne doit exister aucun intermédiaire.*

Même, en nous plaçant au point de vue de la sécurité des honoraires médicaux, nous affirmons, au nom de la pratique, que le malade doit toujours se retrouver en face de celui qui lui a donné ses soins, parce qu'il n'y a qu'entre eux qu'existent des liens de droit. Le malade est le consommateur de soins : lui seul est donc le débiteur du médecin. Si une collectivité croit devoir assumer ces frais médicaux qu'elle a pris à sa charge, elle devra les rembourser au malade ; mais elle ne devrait jamais contracter directement avec un médecin, à l'insu du patient. C'est ainsi que pour l'assistance médicale gratuite, quelque audacieuse que puisse paraître à première vue notre affirmation, nous estimons que la note du médecin traitant devrait être remise au malade, qui en poursuivrait lui-même le recouvrement auprès des administrations chargées de le rembourser, au nom de la loi du 15 juillet 1893. L'indigent comprendrait alors la part de responsabilité sociale qui lui incombe et il serait, par la suite, plus ménager des deniers de la collectivité.

Nous pourrions alors tirer la conclusion suivante :

Il ne doit jamais y avoir deux autorités qui commandent, en même temps, au nom d'un intérêt différent.

En effet, en tant que traitant, le médecin doit se rendre aux désirs de son malade. Mais, investi d'une fonction par les pouvoirs publics, il doit observer un règlement, établi par le Conseil général et le préfet, qui ne sont pas des indigents et qui ne connaissent pas souvent les besoins des malades des campagnes.

Tiraillé par ces deux maîtres, le médecin ne saura qui écouter : son travail en souffrira sûrement.

Définition. — Nous pourrions alors donner du médecin traitant la définition suivante : C'est un praticien, librement choisi, par celui qui place en lui sa confiance. Il sera le dépositaire muet des secrets de son malade et ne sera lié envers celui-ci que par contrats et obligations de droit commun.

En aucune circonstance, le médecin traitant, défenseur technique médical des intérêts de son malade, ne pourra accepter de devenir, en même temps, le défenseur technique médical d'un autre intérêt quel qu'il soit, et qui ne serait pas celui de son client.

Nous rappelons encore ici, au risque de faire des redites, que jamais un procureur de la République, ne pourrait, après son réquisitoire, se transformer en avocat plaidant, pour présenter la défense de l'accusé.

Pourquoi, par suite, maintenir l'état actuel de confusion de fonctions en forçant le médecin traitant d'être à la fois le défenseur et l'accusateur et même le délateur de son client ?

Non ! au malade, le seul praticien ; à l'administration, le fonctionnaire-médecin !

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le dispensaire anti-tuberculeux.

Le dispensaire anti-tuberculeux, d'après sa définition, doit être un établissement où sont donnés des conseils de prophylaxie et d'hygiène, où l'on assure et facilite aux malades atteints de maladies transmissibles l'admission dans les hospices, sanatoria, maisons de cure ou de convalescence, et où, le cas échéant, sont mis à la disposition du public des services de désinfection du linge, du matériel, des locaux et des habitations rendus insalubres par des maladies. Tel doit être, par définition officielle, le dispensaire anti-tuberculeux.

Ce dispensaire sera, d'après le projet, ouvert aux indigents tuberculeux. Au début, il remplira les indications conformes à sa création. Il sera à la disposition des tuberculeux de l'assistance médicale gratuite et des nécessiteux. On s'occupera au début des questions d'hygiène. On donnera des conseils aux malades, on surveillera leur alimentation, on surveillera leur logis ; mais très rapidement on arrivera à se persuader qu'il est inhumain de ne pas donner à un malade de vraies consultations médicales et des distributions de médicaments. On fera donc

très rapidement de la thérapeutique et le dispensaire d'hygiène sera en peu de temps une clinique médicale. On ne se bornera pas toujours à faire de la thérapeutique utile. On fera souvent, sur le patient des essais médicamenteux pour faire de la réclame facile en faveur de certains produits. Puis, comme toutes les maladies, depuis les cors aux pieds jusqu'à la chute des cheveux, peuvent avoir une origine tuberculeuse, très rapidement on ne s'occupera pas seulement de soigner la tuberculose, on arrivera à soigner toutes les maladies. Il y aura des consultations pour les maladies des femmes, les maladies des enfants, les accouchements, les dents, les yeux, etc.

Au début, il est bien évident que l'on ne soignera que les malheureux, que les malades inscrits à l'assistance médicale gratuite ou les nécessiteux, mais peu à peu, la population non indigente s'infiltrera dans ces dispensaires, et il y aura des masses d'électeurs qui auront des maladies gouvernementales et qui, étant de bons amis du maire, auront droit aux faveurs communales. La mutualité qui est toujours à court d'argent, qui a par excellence les mœurs du coucou (volatile qui a l'habitude de faire son nid dans le nid des autres), mettra rapidement son grappin sur les dispensaires d'hygiène antituberculeux ; ses dirigeants qui ont la science sociale infuse, qui sont de véritables docteurs ès-science sociale, prodigueront leurs conseils aux malheureux administrateurs, ignares à leur sens, des dispensaires d'hygiène. Petit à petit, ils se feront nommer membres des conseils d'administration, et aussitôt dans la place, s'empresseront de faire profiter leurs membres, gratuitement ou presque gratuitement, des bénéfices du dispensaire. Ils réaliseront ainsi des économies en supprimant une grande partie des consultations aux cabinets des médecins. Mais il n'y a pas que les malheureux Mutualistes qui profiteront du dispensaire, il y a d'autres victimes du corps médical ; je veux parler de ces bons assureurs. Le jour où les dispensaires antituberculeux se créeront sur toute la surface de la France, on ne verra pas de plus grands philanthropes que les compagnies d'assurances. Elles subventionneront ces dispensaires et crieront bien haut leur générosité, et comme les dispensaires des compagnies donnent lieu à de nombreuses réclamations de la part des praticiens, elles essaieront de canaliser leurs blessés sur les dispensaires anti-tuberculeux. Elles invoqueront la question d'humanité, la question d'urgence, la nécessité d'un premier pansement ; puis, quand le premier pansement sera fait, elles arriveront à convaincre les administrateurs qu'on est mieux soigné par un médecin qui a commencé les soins, qui vous connaît, qui a pris l'affection au début, que d'autre part, les locaux des dispensaires sont plus hygiéniques que les cabinets médicaux, qu'on est sûr de trouver chez eux des soins éclairés, la permanence des soins et autres balivernes qui ont cours dans l'esprit du public. Puis, à la tête de ces dispensaires, nous verrons sûrement un médecin agréé, selon les vœux du ci-devant ministre du travail, l'illustre Chéron. Ce médecin aura l'agrément de tout le monde, du maire, des mutualités, des assureurs, sauf peut-être l'agrément de ses confrères ou du malade. On n'ouvrira probablement pas de concours pour ces médecins agréés ; on n'établira probablement pas de roulement parmi les services ou parmi les confrère ssyndiqués, le syndicat n'étant pas chargé du service de ces dispensaires. On ne nommera pas non plus les confrères sur une liste de présentation des syndicats locaux : ils seront nommés selon le bon vouloir du maire ou du préfet avec l'appui de la Mutualité, avec l'appui des assurances, car nous trouvons toujours ces trois complices : administration, Mutualité et assurance, quand on veut créer quelque chose de nuisible aux médecins. Le médecin agréé sera certainement un grand personnage. On décorera sa boutonnière de multiples rubans, mais au point de vue matériel, sa situation sera moins brillante. Ce sera le médecin à forfait jouissant d'un petit traitement, perdant beaucoup de temps pour un petit résultat. D'autre part, grâce aux influences politiques, mutualistes et autres, beaucoup de malades voudront fréquenter ces dispensaires. Il sera obligé de les examiner rapidement, de leur donner des soins hâtifs, car trop peu payé pour ses fonctions, il faudra, s'il veut gagner sa vie, faire de l'exercice médical en dehors du dispensaire. Il est vrai qu'il sera aidé dans ses fonctions par un infirmier ou une infirmière très diplômés, moniteur d'hygiène, qui rapidement, passera aux yeux du public pour un spécialiste dans la question de tuberculose, qui en contact fréquent avec les intéressés, n'hésitera pas à faire de l'exercice illégal de la médecine à domicile, pour éviter au malade le déplacement du dispensaire.

Tel sera, selon nos vues, le dispensaire antituberculeux de l'avenir, si les syndicats médicaux ne s'occupent pas de créer quelque chose qui défende les intérêts du public sans nuire à l'exercice de la profession.

Dr M. VIMONT.



INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Communication faite à la commission cantonale scolaire du canton de Saint-Laurent par le docteur Prost, de Saint-Laurent, au nom du Syndicat des médecins du Haut-Jura.

Messieurs,

L'éternel honneur de la République sera d'avoir décrété le principe de l'instruction obligatoire, comme aussi de s'être préoccupée depuis longtemps d'assurer à l'enfance qui peuple nos écoles, la surveillance médicale qui lui est indispensable.

Et pour vous exposer l'importante question d'actualité qui est soumise aujourd'hui à votre délibération, je crois que je ne puis mieux faire que de vous présenter le rapport dont les termes ont été approuvés par mes confrères du Syndicat des médcins du Haut-Jura, lors de notre réunion du 9 novembre dernier.

« Mes chers confrères,

« Sollicité il y a quelques mois, par la commission cantonale scolaire du canton de St-Laurent, d'organiser dans toutes les communes de ce canton l'inspection médicale des écoles; j'ai objecté immédiatement que mon devoir de médecin syndiqué était de ne rien décider sans prendre votre avis. Et c'est pourquoi, après en avoir référé par lettre à notre sympathique président, je vais avoir le plaisir de vous exposer très brièvement le résultat de mes recherches sur la question.

Je n'ai pas la prétention de fixer votre opinion d'une manière définitive par ce simple exposé. Bien au contraire, mon avis est que la discussion qui suivra cette lecture doit être un travail préparatoire pour le rapport plus précis que je vous fournirai, si vous le voulez bien, lors d'une de nos séances prochaines. Ce sujet vous intéresse tous, puisque tous, au moment du vote prochain de la loi sur l'inspection médicale des écoles, vous devez être appelés aux fonctions de médecin inspecteur. Vous reconnaîtrez d'ailleurs avec moi, mes chers confrères, que l'étude d'une question d'actualité comme celle-ci, intéressant la collectivité médicale, est utile pour donner une preuve d'action syndicaliste et surtout pour apporter à l'administration compétente ou aux pouvoirs publics, notre avis motivé sur une très grosse question d'hygiène sociale.

1° Sans vous faire l'historique détaillé des projets sur l'organisation médicale des écoles, dont on trouve des traces il y a déjà un siècle, je vous rappellerai simplement l'intéressante circulaire du 14 novembre 1879, de Jules Ferry, où il était longuement question de l'utilité qu'il y avait à organiser dans tous les départements un service d'inspection médicale des écoles publiques. Dès l'année 1894, le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, Syndicat d'avant-garde — provoquait l'excellent rapport du docteur Jeanne. J'ai ce rapport entre les mains. Depuis, cédant à des interventions réitérées au Parlement, le Gouvernement déposait le 23 mars 1910, sur le bureau de la Chambre des députés, après entente entre les ministères intéressés de l'Intérieur, de l'Instruction publique et des Finances et aussi après des enquêtes nombreuses poursuivies pendant 8 ans, un projet de loi relatif à l'Inspection médicale scolaire des écoles publiques et privées. Ce projet de loi fut renvoyé, au nom de la commission de l'enseignement, sur le rapport de M. Ferdinand Buisson, député de Paris, à la Commission d'hygiène de la Chambre des Députés, où il fut l'objet d'un remarquable rapport de notre confrère Doisy, député des Ardennes. Ce dernier rapport fut annexé au procès-verbal de la séance de la Chambre du 30 juin 1911. Depuis cette époque, les importantes questions de la réforme électorale et de la loi militaire ont occupé l'esprit de nos législateurs. Mais, tout porte à croire que sous peu, le projet de loi adopté par les commissions compétentes, sera voté. Déjà, dans la plupart des grandes villes, l'I. M. E. est appliquée. Bien plus, il me paraît même évident que la tendance des autorités académiques, — tendance tout à leur éloge — est dès maintenant et avant le vote de la loi, de provoquer dans les cantons l'organisation de l'I. M. E., de préférence avec un tarif forfaitaire. D'autres confrères ont subi les mêmes offres que moi. Et je verse aux débats l'intéressante lettre du confrère X.

....

Et ne voyez-nous pas, dès maintenant, mes chers confrères, l'intérêt qu'il y a d'étudier entre nous cette organisation.

....

II. — A notre époque de nation armée, de lutte contre la tuberculose, contre la mortalité infantile ou contre la crise de la dépopulation, l'utilité de l'I. M. E. est manifeste. « L'école, c'est la cité future. » On ne saurait l'oublier. Je me contente de résumer notre rôle dans l'hygiène scolaire par quelques mots empruntés à l'intéressant livre du docteur Ravon, de St-Etienne : « Fournir à l'enfant l'air, la lumière, « l'aliment ou le repos nécessaire et le mettre à l'abri « des maladies qui le menacent à l'école ou par contagion ou par mauvaise attitude ou du fait de sa « croissance. »

D'ailleurs le rôle du médecin est déterminé par la loi très explicitement. Voici, d'après le projet de la commission d'hygiène de la Chambre des Députés, les occasions où le médecin doit intervenir.

1° Il donne son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements des établissements scolaires à *construire*, sur le choix du mobilier scolaire.

2° Inspecte les établissements déjà *existants* et signale les imperfections des locaux et du matériel,

indique les améliorations à réaliser, surveille l'hygiène des locaux et assure l'observation des règlements concernant l'aération, le chauffage, l'éclairage et la propreté de ces bâtiments ;

3° Surveille l'hygiène des élèves et assure de même l'observation des règlements relatifs aux soins de propreté, alimentation, durée du travail, du repos, des repas, des exercices physiques ;

4° Procède, au moins deux fois l'an, à l'examen individuel de chaque élève et consigne sur un livret sanitaire dont il a la responsabilité, les résultats de cet examen ;

5° Assure aussi l'observation des règlements relatifs à l'hygiène des maîtres et du personnel de écoles ;

6° Assure l'observation de toutes les prescriptions tendant à mettre l'école et les élèves à l'abri de la contagion de la tuberculose et des maladies transmissibles ;

7° Signe les certificats de guérison des élèves qui ont été malades ;

8° S'assure que les élèves ont des notions élémentaires d'hygiène ;

5° Enfin rédige un rapport à la suite de chacune de ces visites.

Cette énumération suffit à vous montrer nettement l'étendue de notre besogne. Celle-ci est tellement complexe qu'au dernier congrès des médecins scolaires, certains ont prétendu que la masse de praticiens n'était pas capable d'avoir la compétence nécessaire pour faire de bons médecins inspecteurs. Vous protesterez avec moi, contre de pareilles sottises, dont la prise en considération aurait pour effet la création d'un diplôme nouveau d'hygiène scolaire. Et nous affirmerons hautement que tous les praticiens peuvent remplir leur nouveau devoir à condition qu'ils aient le temps de faire leur besogne consciencieusement et que pour cela, ils soient payés suffisamment. Et j'entre ainsi dans le vif de l'intéressante question des honoraires.

III. Vous connaissez, mes chers confrères, la chanson trop connue avec ces couplets : appel au désintéressement, à la philanthropie médicale, aumônes rubans, etc. Je n'insiste pas pour vous éviter de reprendre le refrain en chœur. A notre époque de vie chère, avec l'esprit nouveau qui anime la dernière génération médicale, prétendant légitimement vivre de son métier, on aboutira à la faillite absolue de l'I. M. E. si on ne veut pas rétribuer le médecin suivant ses peines. Or, avec le *tarif forfaitaire qui est une prime à la paresse*, tout le monde sera dupe : médecin consciencieux, administration trop avare. Er, c'est le cas de répéter qu'on en aura toujours pour son argent. Evidemment, si nous voulons nous prêter à la comédie facile d'une inspection qui consistera en une poignée de main cordiale à l'instituteur, en un geste protecteur aux araignées du plafond, en un coup d'œil indulgent aux impétigos des marmots, oh ! alors, nous serons toujours assez payés. Ce serait là une deuxième édition plus grotesque des revues de pompiers, celles que les autorités municipales de nos villages passent gratuitement le 14 juillet.

Le mode de rémunération le plus équitable à tous points de vue *est le tarif à la visite*. Or, voici quelles rétributions ont été prévues par le docteur Doisy rapporteur de la commission d'hygiène de la Chambre des députés :

Visite des locaux : 1 fr. 50 par visite, soit 3 francs par an, pour deux visites.

Examen individuel : 0,50 par enfant, soit un fr. par an et par enfant.

Indemnité kilométrique : 0,40 par kilomètre, parcouru tant à l'aller qu'au retour sur la base du tarif Dubief pour les accidents du travail.

Mon avis est que ce projet de tarif est raisonnable. Et je vous propose de l'accepter en faisant observer que c'est là un minimum consenti par vous pour ne pas obérer les finances communales et départementales, et surtout pour prouver votre désir d'aboutir et de coopérer par votre contribution personnelle à une œuvre sociale dont, mieux que personne, vous saisissez l'importance. Vous ferez remarquer aussi qu'une dépense d'hygiène est un bon placement et que dans notre département du Jura, la même indemnité de 0,40 et la même indemnité individuelle de 0,50 nous sont accordées pour les vaccinations. Or, il est indiscutable que l'acte médical accompli dans l'examen individuel de chaque enfant est autrement long, autrement délicat et pour le diagnostic et pour la responsabilité professionnelle, que cet acte très simple d'opération vaccinale.

Heureusement pour nous, notre rôle sera facilité par le fait que souvent nous serons les médecins traitants des enfants à examiner. Et après une séance ou deux d'inspection, nous aboutirons assez vite au classement des enfants sous trois étiquettes : sains, suspects, malades.

Avant de finir, mes chers confrères, je m'en voudrais de laisser dans l'ombre, la nécessité d'affirmer aux autorités compétentes *que c'est au Syndicat* à discuter avec elles l'organisation de l'I. M. S. Nous avons une excellente occasion d'appliquer le principe syndicaliste qui défend le monopole officiel comme immoral et anticonfraternel. Puisque nous devons subir la tendance de l'Etat à augmenter toujours l'action sociale du médecin, mais en faisant de lui un « fonctionnarisé » (permettez-moi ce néologisme), accordons notre concours loyalement, mais en sauvegardant notre dignité et l'intérêt de la collectivité médicale et en n'acceptant plus l'auréole dorée de mauvais aloi qui couvre la tête de quelques-uns au détriment de beaucoup d'autres.

Et si, en organisant l'I. M. E., on ne veut pas créer une nouvelle façade couverte de dorures extérieures, mais derrière laquelle il n'y a rien, il faut grouper toutes les bonnes volontés médicales.

C'est pourquoi, pour conclure, comme le docteur Jeanne à Versailles, je propose de contracter ouvertement l'alliance du Syndicat médical du Haut-Jura

avec les commissions cantonales scolaires, pour obtenir sur des bases solides une œuvre durable.

St-Laurent, le 8 novembre 1913.

Messieurs,

Tel est le rapport qui a reçu l'approbation de mes camarades au Syndicat des médecins du Haut-Jura. Je vous l'ai lu textuellement, à part quelques coupures nécessitées par un texte où je développais des arguments exclusivement médicaux et sans intérêt pour vous. Par contre, vous me permettrez d'insister en quelques mots devant vous, sur l'intérêt manifeste qu'il y a d'organiser dès maintenant l'I. M. E. dans ce canton.

Et pour cela, sans vous faire un cours d'hygiène scolaire, je vous rappellerai que l'école est, pour l'enfant, une cause de contagion par le fait même qu'elle est une habitation collective. La plupart des épidémies naissent et se propagent à l'école. C'est là surtout qu'on doit faire la guerre aux microbes. Pour illustrer cette thèse et vous prouver le rôle de l'hygiène scolaire, je vous rapporterai l'épidémie de diphtérie qui a frappé en février 1913 la commune de Chaux du Dombief. Je me plais à rendre hommage à l'initiative intelligente du maire de cette commune. Sur ma proposition, une séance gratuite d'examen médical annoncée au public eut lieu à la mairie. J'examinai les gorges de tous les enfants à l'école ou amenés par les parents. Et sur une population de 80 enfants environ, je découvris trois cas de diphtérie au début et quelques cas d'angines suspectes à surveiller. Vous comprendrez facilement l'effroyable danger de laisser ces enfants porteurs du bacille de Loeffler, en contact avec des enfants sains. Le résultat d'une seule visite médicale à l'école de la Chaux du Dombief fut l'arrêt rapide de la propagation d'une épidémie grave.

Par contre, en 1912, une épidémie très étendue de scarlatine qui provoqua quelques décès se répandit dans deux communes voisines de St-Laurent, parce que les enfants allaient à l'école alors qu'ils n'étaient pas guéris. Pour aucun, la quarantaine exigée par les règlements ne fut appliquée. Le médecin inspecteur, là aussi, aurait pu intervenir utilement. Lié par le secret professionnel, le médecin traitant est peu armé pour faire la prophylaxie des maladies contagieuses. A ce sujet, un fait vécu récemment : l'an dernier, je constatais que plusieurs enfants allant à l'école étaient atteints de gale. Et, je violai la rigueur du secret professionnel, en prévenant discrètement l'instituteur, pour protéger une école nombreuse, d'une contagion malpropre. Et ne voyez-vous pas l'intérêt qu'il y a d'attribuer au médecin le droit nouveau de défendre la collectivité scolaire contre l'individu malade et sans courir le risque d'être condamné pour avoir violé le secret professionnel? (1) Un dernier exemple : depuis la semaine dernière, je soigne un enfant d'instituteur brûlé gravement aux mains et au visage par un retour de flammes sorti du fourneau en fonte de la salle d'école. Le médecin inspecteur aurait à demander l'installation d'un protecteur en treillis monté sur un cadre en bois. Petite dépense utile...

Je n'en finirais pas en voulant vous citer des exemples vécus récemment dans ma pratique. Songez aux maladies parasitaires (gale, teigne, impétigos, poux), qui méritent une chasse constante à l'école ; aux affections des yeux, des oreilles, des dents ou de la gorge ; aux déformations scoliotiques de la colonne vertébrale. Pensez à la tuberculose qu'on doit dépister dès l'enfance parce qu'elle est contagieuse et guérissable.

Je vous signale enfin l'importance qu'il y a d'habituer l'enfant à considérer l'hygiène comme évitant presque toutes les maladies. Pour lui les visites médicales périodiques faites à l'école seraient une vraie leçon de choses et l'occasion de graver dans son cerveau des formules très simples et très brèves, qu'un commentaire du médecin inspecteur développerait en quelques mots. Je vous en donne des exemples au hasard de l'improvisation : Sans propreté, pas de santé. L'alcool, voilà l'ennemi. L'alcoolisme est un fléau social. L'absinthe conduit à la folie ou au crime. On ne doit pas cracher par terre. L'alcool et le taudis font la tuberculose. La tuberculose est contagieuse. La tuberculose est guérissable. On ne doit pas tousser. La tuberculose est évitable. L'aération des chambres est aussi nécessaire pour la santé que la bonne nourriture. Il faut soigner ses dents. Il faut manger avec ses dents et à une heure régulière pour bien digérer. Il faut faire bouillir le lait pour éviter la tuberculose. Il faut éloigner les fumiers des habitations. Il faut faire la guerre aux mouches, etc., etc.

Messieurs, j'ai hâte de terminer en vous affirdant qu'il est impossible de faire une bonne hygiène sociale sans faire une bonne hygiène scolaire. Je n'ai pas à vous démontrer que le médecin dans son rôle d'hygiéniste fait la guerre à sa propre bourse. Mais c'est justement de ce fait que découle la grandeur de son rôle social. A vous donc le devoir de reconnaître qu'une dépense d'hygiène scolaire est un bon placement d'argent. Tous les médecins vous apporteront leur concours dévoué. A vous de nous ouvrir les écoles. Et de cette collaboration féconde, entretenue

(1) Nous n'avons pas besoin de rappeler que nous laissons aux auteurs des articles et travaux que nous publions l'entière responsabilité de leurs opinions. Il en est notamment ainsi pour la communication du Dr Prost, et il nous est impossible, en particulier, de souscrire en aucune manière à sa conception de l'intangibilité du secret professionnel, qui est diamétralement opposée aux idées que nous défendons personnellement à ce sujet.

N. D. L. R.

par des rapports écrits périodiques, à laquelle je vous convie au nom du Syndicat des médecins du Haut-Jura, naîtra une œuvre solide, utile, durable, qui permettra l'organisation pratique dans ce beau canton de l'I. M. E.

Par là, sous les yeux attentifs des cantons voisins, vous aurez le mérite d'avoir donné avant le vote de la loi, une preuve de votre sollicitude pour l'école, en vous mettant ainsi à l'avant garde du progrès social par l'application de l'hygiène scolaire.

St-Laurent, le 23 novembre 1913.

Dr M. Prost.

MÉDECINE SOCIALE COMPARÉE

La loi d'assurance sociale en Belgique.

Les problèmes médico-sociaux qui se multiplient chaque jour en France sont posés, en Belgique, avec une éventualité de solution plus prochaine, devant le Parlement, l'opinion et le corps médical directement intéressé. Comment nos confrères en jugent-ils ? C'est ce que nous apprend notre confrère Dejace dans l'intéressant journal *Le Scalpel* auquel nous empruntons l'article suivant que les praticiens français liront avec profit :

Alors que l'on croit avoir réuni tous les arguments plaidant en faveur de la légitimité des revendications formulées par la Fédération médicale en matière d'assurance contre la maladie, de nouvelles objections viennent à surgir. Nous venons d'en rencontrer spécialement une dont l'apparente solidité est de nature à soulever des inquiétudes.

« Mon cher rédacteur, m'écrivait récemment un député, la Fédération médicale belge a-t-elle bien pesé toutes les conséquences économiques de ses propositions ? Celles-ci ne tendent rien moins qu'à instaurer indirectement, mais très légalement, au profit du corps médical, la convention collective de travail. Jusqu'ici, le législateur n'a pas voulu reconnaître aux Syndicats ouvriers le droit de signer avec les patrons des conventions de travail ayant force obligatoire pour les deux parties contractantes. Il veut laisser à l'ouvrier indépendant la faculté de débattre les conditions d'embauchage sans qu'il soit tenu à s'affilier à un Syndicat ouvrier. Or, la Fédération médicale, en demandant que la loi d'assurance reconnaisse la compétence des Unions professionnelles médicales en matière d'organisation du service médical, sollicite en fait, pour celles-ci, le droit de dresser des conventions de travail ayant tous les caractères d'une convention collective. »

A première vue, l'argument semble redoutable ; en réalité, il est plutôt spécieux.

La Fédération a-t-elle directement demandé la reconnaissance légale des conventions à intervenir entre les Unions professionnelles médicales, les organismes d'assurance et les mutualités ? Nullement. A-t-elle sollicité une dérogation indirecte et particulière à la *loi d'airain* réglant les situations réciproques de l'offre et de la demande ? Peut-être ! Mais la responsabilité lui en incombe-t-elle ?

C'est ce que nous voulons examiner

Un projet de loi est présenté en vue de l'assurance contre la maladie. Ce projet a pour résultat patent, immédiat, d'exproprier les praticiens belges de la majeure partie de leur clientèle ordinaire. Il saisit, d'après les chiffres de l'exposé des motifs, plus d'un million de citoyens employés dans l'industrie, le commerce et l'agriculture, et les verse obligatoirement dans des associations, mutualités ou organismes régionaux, chargés de percevoir leurs cotisations, augmentées de versements patronaux et de subsides des pouvoirs publics. Il leur affirme qu'en échange de ces cotisations, ils recevront une indemnité par jour de maladie constatée et les soins médico-pharmaceutiques gratuits.

Or, jusqu'ici, le praticien s'était trouvé libre de ses tarifs vis-à-vis de ces clients isolés, indépendants. Il ne le sera plus, ou du moins sa situation sera singulièrement modifiée, le jour où cette clientèle s'offrira à discuter collectivement avec lui, par l'entremise des dirigeants de mutualités ou d'organismes d'assurance.

Ce n'est donc ni le médecin, encore moins la Fédération médicale, qui ont soulevé la question du contrat collectif du travail. C'est à la loi d'assurance qu'il faut faire remonter la responsabilité d'un accroc au principe libéral de l'indépendance du travailleur.

Supposons qu'il se fonde en Belgique des sociétés instituées en vue de garantir leurs affiliés contre les aléas des procès moyennant un versement de ...... par année. Le législateur s'avise un jour de reconnaître que ces sociétés ayant multiplié leurs œuvres et prouvé leur utilité, le moment est arrivé d'obliger tous les citoyens à se garantir contre les risques judiciaires. Les disciples de Cujas seraient-ils mal venus à exiger que leurs conseils de discipline soient admis à régler les conditions de leurs affaires judiciaires ?

Conseils de discipline, Unions professionnelles médicales sont, sinon identiques, du moins analogues.

Le praticien isolé ne peut avoir l'indépendance nécessaire pour discuter en pleine liberté les conditions de son travail avec des organismes possédant non seulement la force du nombre, mais tenant en main la vie ou la mort du médecin. *Dans les campagnes, il n'y aura, pour le praticien, qu'une seule clientèle, celle de la mutualité englobant ouvriers, petits bourgeois et même gros bourgeois sous le couvert de l'assurance facultative* (1).

Le législateur préférerait-il au système très loyal d'une convention, amenée après pourparlers entre mutualités et Unions professionnelles, ayant force de loi pour les parties contractantes, *préférerait-il le système odieux du* FONCTIONNARISME MÉDICAL ?

Il ne tiendrait cependant qu'à la Fédération de déclancher la plus formidable résistance passive à la loi. *Un mot d'ordre aux Unions disséminées sur tout le territoire du pays et les neuf-dixièmes des médecins*

(1) Comme en France, dans le projet Chéron que nous avons publié précédemment (n° 50, p. 3048).

belges refuseraient d'accepter un traité les liant à une mutualité ou un organisme d'assurance. Les praticiens continueraient leurs soins aux malades, mais sans passer par un organisme intermédiaire pour le règlement de leurs vacations.

Il ne resterait à ces organismes que la ressource ultime du médecin fonctionnaire... et encore !

La guerre ? personne ne la veut ni ne la désire chez nous. Aussi la Fédération a-t-elle, dès le début, cueilli la branche d'olivier et tendu le rameau aux mutualités, par l'entremise bienveillante des plus hautes autorités.

Seulement, il faut que tout le monde comprenne que la loi d'assurance, opérant une mainmise sur la clientèle du médecin, bouleversant par ses articles toutes les conditions anciennes de son existence professionnelle, ne peut tabler sur les concessions faites jusqu'ici aux mutualités ouvrières par les médecins pour clicher des chiffres de cotisation.

Analysant un autre projet d'assurance présenté par MM. Péchere et consorts, nous avons déclaré trouver dans ce contre-projet certains avantages, parce qu'il tenait compte de la science actuarienne pour établir les charges de la mutualité et offrir des garanties aux médecins, mais nous avons eu soin d'ajouter que ce contre-projet est loin d'être idéal. Il ne l'est pas, en raison de ce que toute son économie est basée sur le forfait. *Dans de prochains articles*, nous démontrerons *tout ce que présente d'injuste et d'illogique le système* FORFAITAIRE. Soutenable aussi longtemps que le médecin l'a accepté pour le service médical des mutualités groupant des ouvriers et des gagne-petits, *le système de la capitation et du forfait est impossible pour des organismes groupant sans distinction d'âge, de santé, de fortune*, les citoyens admis au bénéfice d'une loi générale

Projet du gouvernement et contre-projet semblent s'appuyer et accepter un raisonnement simpliste : Les médecins ont jusqu'ici soigné les mutualistes à telles conditions..... donc ils continueront. Le projet du gouvernement n'avance pas de chiffres pour les honoraires médicaux, il se livre à une déclaration bienveillante : Il faut que les médecins soient convenablement rétribués. Le contre-projet avance un forfait de 8 fr. 60 pour soins médicaux et pharmaceutiques en période transitoire, devant s'élever à 10 francs en période définitive.

Notre attitude, à nous médecins, est réglée, et facile. Nous ne voulons pas que le législateur se borne à dire aux mutualités : Vous honorerez convenablement le médecin.... et se lave les mains des suites de sa loi.

Il ne nous convient pas davantage que le législateur cliche nos honoraires dans une formule forfaitaire en nous disant : Les débuts seront pénibles, mais tout ira mieux plus tard. Nous connaissons l'enseigne : « Demain, on rasera gratuitement ».

Concluons très justement : La Fédération médicale, en demandant que la loi reconnaisse la compétence des Unions professionnelles médicales, en matière d'organisation des services institués par la loi d'assurance contre la maladie, ne fait que s'inspirer de la justice commutative. La loi reconnaissant aux ouvriers le droit de traiter collectivement avec les médecins, il serait inique de permettre à cette collectivité les pressions trop faciles sur des personnes isolées. Les grandes lignes du service médical doivent être discutées d'association mutualiste à Union professionnelle, la justice ne pouvant pas plus tolérer l'écrasement des praticiens que l'exploitation des mutualités.

Soyons donc fermement unis sur ce terrain, serrons les rangs autour de la Fédération et formons le bloc médical pour défendre avec la dernière énergie la liberté de confiance pour les malades, la liberté d'action pour les médecins.

Dr L. DEJACE.

CHRONIQUE SYNDICALE

Extraits de la séance du 7 novembre 1913 de l'Association professionnelle des médecins de Rouen.

Malades payants dans les hôpitaux.

Rapport de M. le Dr Méret.

Honoraires des médecins pour les soins donnés aux malades payants dans les hôpitaux. — Il y a dans les hôpitaux, non seulement des indigents, mais aussi des malades payants. Ceux-ci peuvent être répartis en trois catégories :

1° Les malades hospitalisés aux frais des communes ;

2° Les accidentés du travail hospitalisés aux frais des Compagnies d'assurances ;

3° Les malades aisés

Les hospitalisés aux frais des communes sont pour la plupart des indigents qui, comme ceux de la ville, ont droit aux soins gratuits du médecin. Il n'en est pas de même des malades des deux autres catégories.

Les malades aisés, de par les règlements de l'Assistance publique, peuvent entrer à l'hôpital pour s'y faire soigner. Ils y sont admis aux conditions suivantes : 4 francs par jour en salle commune ; 8, 10 ou 12 francs par jour au pensionnat, suivant qu'ils occupent une chambre à un ou plusieurs lits. Les soins du médecin et du chirurgien sont gratuits.

Il y a là un abus contre lequel nous ne saurions trop protester et nous devons obtenir de l'Administration, conformément aux vœux émis par la Fédération des Syndicats :

1° Que seuls les indigents soient admis en salle commune ;

2° Qu'au pensionnat, les malades soient tenus de rémunérer leur médecin ou chirurgien.

Nous pouvons invoquer, à l'appui de notre demande, une délibération récente de l'hôpital-hospice de Bernay, aux termes de laquelle « les médecins de l'hôpital ont l'autorisation de réclamer directement au malade et en dehors de

toute intervention de l'administration, le montant de leurs honoraires pour soins médicaux et chirurgicaux. »

Il y aurait une autre solution, meilleure à mon avis, parce qu'elle donnerait satisfaction non seulement aux médecins des hôpitaux, mais à tous les médecins, ce serait la création d'une maison de santé analogue à celle qui existe à Nancy depuis plusieurs années.

Permettez-moi de vous lire, à ce sujet, une lettre que j'ai reçue du Directeur des Hospices de cette ville :

« Monsieur le Docteur,

« En réponse à votre lettre du 15 courant, j'ai l'honneur de vous informer que les Hospices civils de Nancy, et non pas l'Administration municipale, ont annexé à l'un de leurs établissements (l'hospice civil), un pensionnat ou maison de santé nommé « Pensionnat Bonsecours » où sont soignés en chambres particulières les malades payants, à l'exclusion de ceux atteints de maladies mentales. Les malades choisissent eux-mêmes leurs médecins ou chirurgiens et les honoraires de ces praticiens sont réglés directement par les malades sans aucune intervention administrative.

« L'outillage médical et chirurgical est fourni par l'Administration. Quant aux accidentés du travail, ils sont actuellement traités dans les salles communes de l'hôpital, mais l'Administration hospitalière se propose, en effet, de créer un service spécial pour accidents du travail.

« Veuillez, etc... »

Ainsi donc, à Nancy, l'Administration hospitalière, soucieuse des intérêts du corps médical — le fait est assez rare pour être signalé — a institué une clinique qui est ouverte à tous les médecins et chirurgiens pour le traitement des maladies autres que les affections mentales et les honoraires y sont réglés directement par les malades sans aucune intervention administrative.

Je dois ajouter que cette clinique fonctionne au mieux des intérêts des malades et des médecins et aussi de l'Administraion, car elle rapporte annuellement aux hospices une cinquantaine de mille francs.

Depuis l'application de la loi de 1898, nombre de médecins s'occupent des accidents du travail, trouvant suffisamment rémunérateur le tarif Dubief. Par une singulière anomalie, si en ville les soins donnés aux accidentés du travail sont payés, à l'hôpital ils sont gratuits. La loi de 1898 complétée par celle de 1905 prescrit, en effet, que les frais d'hospitalisation des accidentés du travail, sont fixés à 3 fr. 50, par jour *tout compris.*

La loi s'oppose donc à ce que nous soyons rémunérés des soins donnés à l'hôpital à cette catégorie de malades payants : état de choses d'autant plus regrettable que les accidentés du travail sont nombreux dans les établissements hospitaliers.

Des journaux de défense d'intérêts professionnels prétendent même qu'ils prennent la place des indigents et que, dans certaines villes, ceux-ci n'auraient pu être admis à l'hospice qui était encombré de malades payants.

Le fait s'est certainement produit à Lille et l'opinion publique s'en est émue au point que le Conseil général et le Conseil d'arrondissement du Nord ont émis, en 1912, le vœu ci-après tendant à la création d'un hôpital pour accidentés du travail :

« Que l'administration des hospices de Lille soit invitée à étudier et à réaliser au plus tôt, pour parer à l'insuffisance de ses services, l'installation d'un nouvel hôpital qui serait plus spécialement affecté aux blessés et pourrait recevoir, avec traitements appropriés, les victimes du travail de Lille et de la région. »

Ce vœu a été renvoyé à la Commission des hospices de Lille avec avis favorable.

Comment remédier à un état de choses préjudiciable non seulement aux médecins qui sont privés d'honoraires auxquels ils pourraient légitimement prétendre, mais aussi aux indigents qui seuls devraient être hospitalisés ? Modifier la loi de manière que les accidentés du travail soient assimilés aux malades des pensionnats, au point de vue des honoraires ? Mais vous savez combien il est difficile de faire rapporter une loi. Il faudrait que le groupe médical parlementaire s'occupât sérieusement de la question ; or, il ne paraît pas s'en être beaucoup soucié jusqu'ici. Et nous devons compter avec les Compagnies d'assurances qui sauront défendre leurs intérêts avec l'âpreté que l'on devine.

La meilleure solution, parce que plus conforme aux intérêts du corps médical, serait encore, à mon avis, la création d'une clinique pour accidentés du travail. Cette solution a déjà été envisagée, ainsi que l'atteste le vœu émis par le Conseil général du Nord. Il est vrai que ce vœu est resté purement platonique, car l'Administration hospitalière ayant déclaré que ses locaux étaient désencombrés, il ne fut pas donné suite au projet de création d'un établissement spécial pour cette catégorie de malades. En sorte qu'à Lille comme ailleurs du reste, les accidentés du travail continuent à être traités gratuitement dans les hôpitaux.

M. le Président m'a communiqué une lettre adressée au Dr Quentin par un confrère de Sedan, qui préconise la création d'un clinique municipale :

« Monsieur le Docteur et cher confrère,

....

« La loi s'oppose, paraît-il, à ce que les médecins soient payés pour les soins donnés à l'hôpital aux blessés du travail. Mais il y a une combinaison toute à notre avantage ; la voici :

« Les municipalités ont le droit de faire construire pour leur propre compte et à côté de leurs hôpitaux des cliniques payantes. Or, une municipalité ayant une clinique de ce genre peut refuser d'admettre dans ses services gratuits des blessés du travail — qui, en somme, ne sont pas des indigents — et les Compagnies d'assurances seraient ainsi obligées de les faire entrer dans la clinique municipale payante où le médecin ou chirurgien aura droit à tous les avantages du tarif Dubief. Donc, les médecins devront faire tout leur possible pour amener les municipalités à ouvrir une clinique de ce genre où la journée est comptée à raison de 5 francs au lieu de 3 francs. prix habituel des hôpitaux gratuits. C'est aussi bien l'intérêt de la municipalité que des médecins de la ville. Une fois cette clinique ouverte, l'économe de l'hospice gratuit pourra répondre à toute demande d'admission pour un blessé du travail, qu'il n'y a pas de lit disponible, et l'obliger ainsi à entrer dans la clinique payante.

« A vous de vous mettre en mesure de convaincre la municipalité de Rouen de l'intérêt qu'il y aura pour ses finances à hâter cette création et de l'amener à assurer ainsi indirectement l'intérêt des médecins.

« Veuillez agréeer, etc ».

Je partage entièrement l'opinion de notre confrère. La solution qu'il propose est la seule qui nous permette d'obtenir les honoraires pour les soins donnés aux blessés du travail qui ne peuvent être traités en ville.

M. Bataille fait remarquer que M. Méret a oublié une catégorie de malades soignés dans les hôpitaux, ce sont les employés des hôpitaux, les religieuses, les étudiants, qui sont généralement soignés dans des chambres particulières, et il serait nécessaire de dire que pour cette catégorie de malades les médecins et les chirurgiens sont toujours disposés à leur donner gratuitement leurs soins.

Pour le Dr Beltzer, la réforme de la loi s'impose pour obtenir les améliorations que le corps médical demande — on pourra fonder une clinique payante, mais tant que les hôpitaux resteront ouverts aux accidentés du travail, cette clinique sera concurrencée et aura pour adversaires tous les assureurs. La seule solution est la réforme de la loi.

M. Houdeville fait remarquer que dans les services hospitaliers, la loi n'est pas respectée, puisque le blessé ne peut avoir le libre choix du médecin ou du chirurgien.

M. Cerné. — Il est difficile de dire si les hôpitaux pourraient refuser les accidentés du travail ; d'autre part, il serait plus difficile de créer une clinique municipale que d'obtenir une modification de la loi. Le chiffre à prévoir pour cette création est énorme, peut-être un million, et cette raison serait doublée de cet inconvénient que la municipalité devrait gérer cette clinique et que les municipalités ne sont pas faites pour cela.

M. Bataille. — Cette clinique pourrait ne pas être administrée par la municipalité, mais serait annexée aux hôpitaux et administrée par eux.

M. Cerné. — Ou cette clinique sera municipale et ne dépendra pas des hôpitaux, ou elle dépendra des hôpitaux et devra en suivre les règlements, c'est-à-dire accepter les blessés du travail pour 3 fr. 50 par jour tout compris.

M. Halipré. — Les médecins n'auront certainement aucun bénéfice à attendre de cette combinaison, puisque le prix restera fixé à 3 fr. 50.

M. Beltzer. — Il y a des amendements à cette loi dans certaines villes, Bernay par exemple. Les Commissions administratives des hospices ont permis aux médecins et chirurgiens de recevoir des honoraires des malades non indigents.

M. Cerné. — Certains petits hôpitaux, peu nombreux, ont interprété la loi de cette façon ; il s'en est suivi des procès qui ont reçu des solutions différentes, selon les endroits ; la question reste donc pendante ; mais en ce qui concerne les pensionnaires payants, les commissions administratives ont toute liberté et peuvent admettre que les médecins et chirurgiens reçoivent des honoraires.

M. Bataille. — Il y a un progrès fait en ce sens, puisque les certificats d'origine de blessures pour les accidents du travail qui n'étaient pas payés autrefois le sont actuellement.

M. Cerné. — Les Compagnies d'assurances se conformant à la loi peuvent répondre : nous payons 3 fr. 50 par jour, nous sommes quittes. S'il y a des suppléments, c'est au blessé qu'il appartient de les payer. En résumé, il faut s'en tenir aux généralités, ne pas envisager de catégories spéciales dans les maladies payants et demander aux Commissions administratives des hospices de modifier les règlements qui interdisent aux médecins et aux chirurgiens de réclamer des honoraires aux malades payants.

M. Bataille est partisan de demander aux hôpitaux, dès maintenant, de faire appliquer les conclusions qui ont été volées par la Fédération des Syndicats de la Seine-Inférieure et dont il rappelle le texte :

1° L'Administration hospitalière ne doit admettre dans les salles communes que des indigents ;

2° Les malades pensionnaires doivent payer des honoraires aux médecins et aux chirurgiens ;

3° Les accidentés du travail seront considérés comme pensionnaires et paieront les médecins ;

4° Les pensionnaires et accidentés du travail soignés dans des salles spéciales, auront le libre choix de leur médecin.

M. HALIPRÉ se rallie à la proposition de M. Cerné et demande au Syndicat d'agir immédiatement dans ce sens.

M. CERNÉ estime que l'intervention du Syndicat, étranger aux hospices, peut avoir un poids réel, auprès de l'Administration.

Le PRÉSIDENT, après avoir adressé à M. Méret des remerciements pour son rapport, met aux voix la proposition de M. Cerné qui est adoptée.

5° *Organisation d'une Commission médico-pharmaceutique.*

Le président lit une lettre de la Société libre des pharmaciens de Rouen demandant la création de cette Commission et donnant des arguments en faveur de cette idée.

L'Assemblée accueille favorablement cette proposition et charge le Bureau de représenter le Syndicat auprès des pharmaciens.

3° *Honoraires. — Discussion du nouveau tarif.*

Après quelques observations sur des points secondaires échangées entre MM. Houdeville, Beltzer et Lefebvre, le nouveau tarif est adopté. Sa publication dans les journaux rouennais est repoussée, mais le Syndicat adopte la note suivante présentée par M. Halipré, et décide de la communiquer à la presse locale, qui le portera à la connaissance du public :

« L'Association professionnelle des Médecins de Rouen, Association qui compte parmi ses membres la majorité des médecins de Rouen, estimant que les exigences de la vie moderne imposent au médecin des charges croissantes, a décidé de relever les honoraires médicaux.

L'Association, dans un but humanitaire, a d'abord posé comme principe que les tarifs habituellement en vigueur dans la classe ouvrière ne seraient pas modifiés.

Parmi les résolutions adoptées figure aussi le doublement du tarif des visites d'urgence, des visites demandées pour la matinée après huit heures, pour l'après-midi, après la consultation ou pour la soirée, ainsi que les visites demandées des dimanches et jours fériés. »

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 23 *et* 30 *décembre* 1913.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission à compter du premier janvier 1914 de MM. les docteurs :

3202 Maillard, à Bécherel (Ille-et-Vilaine).
3203 Augis, à Tours (Indre-et-Loire).
3204 Cacault, à Bressuire (Deux-Sèvres).
3205 Lavallée, à Gagny (Seine-et-Oise).
3206 Salvant, à Fumel (Lot-et-Garonne).
3207 Donzé, à Orbais-l'Abbaye (Marne).
3208 Guyonneau, à Vittel (Vosges).
3209 Gautier, à Amboise (Indre-et-Loire).
3210 Bochot, à Sommevoire (Haute-Marne).
3211 Stéfani, à Nice (Alpes-Maritimes).
3212 Saurel, à Saints (Seine-et-Marne).
3213 Dupic, à Cieux (Haute-Vienne).
3214 Mangin, à Marseille.
3215 Duplessis de Pouzilhac, à Narbonne (Aude).
3216 Almès, à Paris
3217 Bigex, à Romilly-sur-Seine (Aube).
3218 Brumauld des Houlières, à Bellac (Haute-Vienne).
3219 Devillars, à Bordeaux.
3220 Fumoux, à Balbigny (Loire).
3221 Martin, à Rolampont (Haute-Marne).
3222 Salembier, à Avion (Pas-de-Calais).
3223 Sauvageot, à Doulaincourt (Haute-Marne).
3224 Vernotte, La Chaux-de-Crotenoy (Jura).

— M. le Dr A. proteste contre la décision prise par l'Assemblée générale, par une longue lettre, dont il demande la publication, et qui contient surtout des extraits de la correspondance échangée entre lui et le « Sou médical », correspondance dont la Commission a eu entièrement connaissance.

Le Conseil, considérant que la décision prise en toute connaissance de cause par l'Assemblée générale est définitive, décide qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des réclamations du Dr A., et passe à l'ordre du jour.

— Le Dr M. demande l'appui pécuniaire pour soutenir l'appel qu'il a formé contre un jugement du tribunal civil de S. qui lui alloue 400 francs pour honoraires, sur une somme de 2000 francs qu'il a demandée tant pour honoraires que comme dommages-intérêts.

Le Conseil, considérant que le différend existant entre le Dr M. et sa cliente était antérieur à son adhésion au « Sou médical » et que l'affaire a été engagée, en première instance comme en ap-

pel, sans l'avis préalable du « Sou » refuse l'appui pécuniaire demandé.

— Le Dr P., ayant fait condamner à lui payer ses honoraires, puis saisir les directeurs d'une colonie scolaire à la requête desquels il avait soigné des enfants faisant partie de la colonie, est assigné en revendication d'objets saisis et en dommages-intérêts par une Société à laquelle appartiendrait une partie desdits objets.

Le Conseil, considérant que le Dr P., est, en l'espèce, en butte à une procédure abusive, lui accorde l'appui pécuniaire demandé.

— Dans un jugement rendu sur appel de justice de paix, le tribunal civil de P. a jugé que le tribunal de paix était incompétent pour interpréter le tarif Dubief, puis l'interprétant lui-même, il a jugé au fond ; l'affaire concernait une demande en paiement d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail. De l'avis de Mes Auger et Gatineau, il serait intéressant de faire casser ce jugement.

Le Conseil donne en conséquence au Dr P., l'appui pécuniaire pour se pourvoir en Cassation et ordonnance le versement, pour les frais de pourvoi et la procédure devant la Chambre des Requêtes, d'une provision de 800 francs.

— Le Dr G. a été victime d'agissements procéduriers qui ont abouti, suivant l'expression de Me Gatineau,à des « monstruosités juridiques ». Son adversaire, condamné en justice de paix à lui payer 25 francs d'honoraires pour soins donnés à sa mère, l'a cité devant le même juge en revision de compte, en se basant sur un article du Code de procédure civile inapplicable en l'espèce et, à la suite d'une enquête sur des faits remontant à 1902, l'a fait condamner à la restitution de ses honoraires de 25 fr., au mépris de l'autorité de la chose jugée.

Le Conseil donne l'appui pécuniaire au Dr G., pour soutenir l'appel qu'il a interjeté contre ce jugement.

— Communication est donnée au Conseil de la lettre ci-après, dont il décide la publication :

L'Ancre Médicale

Association de Sociétés médicales françaises d'assurances mutuelles à cotisations fixées.

Lyon, le 29 décembre 1913.

Monsieur le Dr Maurat,

Président du « Sou médical »,
Paris.

Monsieur et cher confrère,

Dans leurs dernières réunions, les conseils de l'Association de l' « Ancre médicale » et de l' « Ancre médicale responsabilité professionnelle », ont été très étonnés de lire, dans le numéro du *Concours médical* du 7 décembre 1913, page 2965, au compte-rendu de l'Assemblée générale du « Sou médical » une communication intitulée « Dénonciation du Contrat avec l' « Ancre Médicale », communication qui nécessite, de leur part, plusieurs rectifications.

Tout d'abord, il est question de dénonciation d'un Contrat avec l' « Ancre médicale », société d'assurances mutuelles contre la responsabilité professionnelle, contrat que vous auriez dénoncé par ministère d'huissier. Il n'y a jamais eu de contrat entre le « Sou » et l'Ancre médicale ; celui que vous auriez dénoncé existe entre le Sou médical et l'Ancre Gestion.

L'Ancre Gestion et l'Ancre médicale responsabilité professionnelle sont, vous ne l'ignorez pas, deux sociétés complètement distinctes, plus encore que ne le sont le *Concours médical* et le « Sou médical ». L' « Ancre Gestion » est une société financière par actions, administrée par des non-médecins ; l' « Ancre médicale responsabilité professionnelle » est une mutuelle, essentiellement médicale, fondée, dirigée et administrée uniquement par des médecins.

Cette confusion nous paraît extraordinaire de la part du Secrétaire général du « Sou », qui a été l'un des fondateurs et le premier président de l'Ancre médicale responsabilité professionnelle. Comme elle nous paraît de nature à pouvoir jeter quelque discrédit sur notre mutuelle auprès des membres du « Sou médical » et des lecteurs du *Concours médical*, en la faisant passer pour une société d'assurances plus ou moins financière, au lieu de lui laisser son caractère de mutuelle purement confraternelle, nous vous prions de la dissiper et de vouloir bien déclarer que vous n'avez à aucun moment notifié à l'Ancre médicale responsabilité professionnelle par ministère d'huissier la dénonciation d'un traité quelconque.

Nous savons par le Conseil de l'Ancre Gestion, que s'il n'a pas accusé réception au « Sou médical » de la résiliation de son traité, c'est parce qu'il a voulu se refuser à tout acte pouvant être considéré comme une acceptation des procédés antérieurs du « Sou médical ». Ce dernier, en effet, n'aurait pas tenu ses engagements vis-à-vis de l'Ancre Gestion, fidèle observatrice, elle, de son contrat.

Nous devons même ajouter que si, jusqu'alors, le Sou médical » n'a pas été poursuivi par le Conseil de l'Ancre Gestion pour non-exécution des clauses d'un contrat librement signé par lui, c'est grâce à la bienveillante intervention de l'Ancre médicale responsabilité professionnelle, qui a fait tout ce qui dépendait d'elle pour empêcher un conflit avec des confrères. L'Ancre médicale peut se demander si son attitude ne doit pas changer après des attaques aussi injustifiées que celles parues dans les numéros du *Concours médical* du 21 octobre et du 7 décembre 1913, tendant à assimiler l'Ancre médicale à une assurance quelconque.

La fin de l'article prête encore à une confusion fâcheuse qu'il eût été facile d'éviter. On met en garde les membres du « Sou » contre les agissements de certains agents d'assurances médicales ou autres qui se présentent comme patronnés par le Sou. On traite ces agents d'imposteurs, on conseille de les mettre purement et simplement à la porte. Votre

secrétaire général aurait dû faire nettement une distinction entre ces sociétés soi-disant médicales et l'Ancre Médicale, car il sait fort bien quelle différence il y a entre elles.

Il ne peut pas non plus laisser croire que les agents de l'Ancre soient des imposteurs, puisqu'il leur est loisible, jusqu'en juillet 1914, de se présenter sous le patronage du « Sou médical », en vertu des termes mêmes du contrat qui devrait être encore en vigueur entre le Sou Médical et l'Ancre Gestion.

Certains que les difficultés survenues entre le « Sou médical » et l'Ancre Gestion, n'ont en rien atténué les bons rapports qui ont toujours existé entre nos deux groupes de confrères également dévoués aux œuvres professionnelles, nous ne doutons pas que vous ne fassiez bon accueil à notre lettre et à nos bien légitimes demandes de rectifications.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'assurance de nos sentiments les plus confraternels.

Le Président de l'Association de « l'Ancre Médicale », Dr MADINIER.

Le Président de l' « Ancre médicale Responsabilité professionnelle », Dr GUILLAUD.

— Le Dr F. demande le remboursement d'une somme de 50 fr. payée comme honoraires à son avocat dans une affaire pour laquelle il avait obtenu éventuellement l'appui pécuniaire, et qui s'est terminée sans procès (*Accordé.*)

— Le Dr B. a perdu en appel devant le Tribunal civil de la Seine le procès intenté contre une compagnie d'assurances, en paiement d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier blessé, au service d'un patron, tombé depuis en faillite, et dont le Dr B. prétendait exercer l'action en vertu de l'article 1166 du Code civil.

L'avis de Me Mornard étant nettement favorable à un pourvoi en Cassation contre ce jugement, le Conseil décide qu'il y a lieu de former ce pourvoi et vote à cet effet le versement, pour les frais de pourvoi et la procédure devant la Chambre des Requêtes, d'une provision de 900 fr.

— Le Dr M. ayant poursuivi un patron en paiement de 78 fr. d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail, a obtenu gain de cause sur le fond ; mais, comme il a demandé en même temps 300 fr. de dommages-intérêts pour préjudice causé, son adversaire fait appel.

Le Conseil, considérant que le jugement frappé d'appel est équitablement rendu, que le Dr M. est seul ou presque seul à lutter dans la région contre les Compagnies d'assurances, et que le but de celle qui le traîne en appel, en l'espèce, est certainement de lui faire faire des frais supérieurs au montant de sa note d'honoraires, accorde au Dr M. l'appui pécuniaire demandé.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Institut d'hydrologie et de climatologie rattaché au Collège de France. — PROGRAMME DES CONFÉRENCES — *Premier semestre de l'année* 1914. — *A. Conférences scientifiques.* — M. D'ARSONVAL, membre de l'Institut, directeur du laboratoire de Physique-hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de médecine du Collège de France.*

M. Charles MOUREU, membre de l'Institut, directeur du laboratoire de Chimie physique-hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre Sud de l'Ecole de Pharmacie.*

M. Georges URBAIN, directeur du laboratoire de Chimie analytique-hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de Chimie de la Faculté des Sciences.*

M. BORDAS, directeur du laboratoire d'Hygiène-hydrologique, fera en février et mars des conférences qui auront lieu à l'*Amphithéâtre de Médecine du Collège de France.*

B. — *Cours et conférences d'hydrologie et de climatologie générales et appliquées.* 1° M. Albert ROBIN, membre de l'Académie de Médecine, directeur du laboratoire de Clinique hydrologique, inaugurera, le jeudi 8 janvier, l'enseignement hydrologique destiné aux étudiants et aux docteurs en médecine qui se préparent à la pratique thermale. Les médications hydrominérales et climatiques feront régulièrement partie du programme développé par le professeur dans ses leçons du jeudi.

2° M. G. BARDET, directeur du laboratoire d'Hydrologie générale, commencera, le samedi 10 janvier, à 10 heures, un cours d'Hydrologie et Climatologie générales, qui sera continué tous les mardis jusqu'au 23 mai.

3° Tous les samedis auront lieu des conférences sur l'action thérapeutique et les indications des différentes stations, organisées par la *Société d'Hydrologie.*

Des affiches spéciales indiqueront ultérieurement les dates et les heures des *conférences scientifiques.*

Les Cours et Conférences d'*Hydrologie et de Climatologie générales et appliquées* auront lieu régulièrement, le matin à 10 heures, tous les mardis jeudis et samedis, à l'Hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Albert Robin.

Ultérieurement seront organisés des travaux et des démonstrations pratiques.

Les élèves et les auditeurs doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Institut d'Hydrologie et de Climatologie, 21, rue du Cherche-Midi, les mardis et vendredis, de 1 heure à 2 heures. — Les inscriptions sont gratuites.

Le Directeur-Gérant : Dr H. JEANNE.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André

Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-sixième année. | N° 4 | Dimanche 25 Janvier 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Ce qu'il convient de faire pour aboutir.

La nécessité d'adapter l'exercice de la médecine aux conditions de l'existence des individus et des collectivités est devenue pour nous un lieu commun sur lequel tout a été dit, et nous ne saurions y revenir sans nous répéter. Les progrès des sciences et de leurs applications, la transformation complète, depuis un siècle, de nos techniques médicales et chirurgicales, joints à l'évolution rapide de la Société, nous obligent à modifier l'organisation de notre profession.

Tous les esprits avisés, depuis quarante ans, ont proclamé cette nécessité ; tous les praticiens qui y ont réfléchi, et notamment au *Concours médical*, ont recherché les moyens d'assurer cette transformation. C'est de ce travail qu'est né le syndicalisme médical.

Mais ce qui paraissait, il y a vingt ou trente ans, une éventualité prochaine, est devenu à ce jour un besoin pressant. Depuis quelques années, les Etats civilisés se préoccupent de réaliser la Préservation et l'Assurance sociales, et pour cela il convient d'organiser d'abord la médecine sociale.

Aussi nous ne devons ni ne pouvons plus longtemps nous en désintéresser. Le regretté Dr Jeanne avait, il y a huit ans, écrit ces paroles prophétiques que nous avons tout récemment citées et que nous répéterons encore :

« Tout ce qui concerne la santé publique nous regarde. Nous serions les premiers à trouver mauvais que ces questions fussent tranchées par d'autres que par nous. »

C'est dans le but de trancher ces questions que doit se réunir le prochain Congrès des Praticiens ; c'est pour apporter notre contribution aux travaux de ce prochain Congrès que nous avons entrepris dans nos colonnes l'étude de l'organisation de la médecine sociale.

Mais au moment où chacun va se recueillir, réfléchir et chercher la solution du problème, il est, croyons-nous, utile de mettre en garde les hommes de bonne volonté contre l'élan d'une

imagination trop ardente pour éviter au Congrès de se perdre dans la discussion de rêves utopiques et lui permettre d'aboutir à des projets dont la réalisation pourra être possible et facile.

La critique de l'organisation actuelle de la médecine et de l'hygiène publiques en France ne doit pas nous retenir plus longtemps. Elle a été faite complètement mille fois et dans tous les détails. Ne perdons pas de temps à nous répéter, et travaillons à une tâche plus délicate et plus ardue, à un travail de reconstruction.

La plus grande difficulté de cette besogne est l'absolue nécessité d'adapter les projets que nous voudrons voir réaliser, aux lois et aux règlements de l'Etat où nous sommes tenus de vivre.

Certes, en faisant table rase de tout ce qui nous environne, il serait facile, même à un homme d'intelligence médiocre, de donner au médecin dans une Société entièrement nouvelle, la situation que nous désirons lui voir occuper. Mais agir ainsi et espérer la réalisation totale de nos rêves serait poursuivre une chimère, et cette manière de procéder nous déconsidérerait auprès de l'opinion en démontrant chez nous un manque absolu de sens pratique ; et nous serions mis avant peu dans l'obligation d'accepter le fonctionnarisme étroit que certains veulent nous imposer. Il importe donc d'abandonner tout projet tant soit peu chimérique et de nous attaquer uniquement au terre à terre des réalisations possibles.

Faisant allusion aux travaux de laboratoire indispensables à l'établissement solide de toute théorie scientifique, Claude Bernard disait de la science de la vie : « C'est un salon tout resplendissant de lumière dans lequel on ne peut parvenir qu'en passant par une longue et affreuse cuisine. » Il en est de même de nos réformes professionnelles ; le but à atteindre, qui consiste à faire du praticien indépendant le conseiller compétent de l'hygiène publique et le défenseur de la santé individuelle, est comparable au salon superbe et resplendissant de lumière. Mais pour l'atteindre, nous devons nous plier à une besogne ingrate ; elle consiste à traduire nos projets en textes de lois ou en règlements s'adaptant à toute une législation sociale antérieure dont il ne nous sera jamais possible d'obtenir la modification, si ce n'est sur quelques points de détail : là consistera pour nous la pénible traversée de la longue et affreuse cuisine.

N'oublions pas que notre petit monde médical, notre microcosme, doit, pour vivre, former une unité harmonique avec le grand monde social de notre nation, le macrocosme, qui le contient. Dans nos travaux pour le prochain Congrès, ne perdons pas de vue le but que nous devons atteindre ; modelons nos projets pour les adapter à la réalité. Remplaçons les utopies, fruits de nos imaginations fécondes, par de sérieuses études, élaborées péniblement par notre raison, s'harmonisant avec les habitudes, les mœurs, les lois de notre pays. Que nos rapports, nos résolutions, nos études soient tels, qu'il suffise demain à une administration de les adopter pour en faire un règlement immédiatement applicable, ou à un parlementaire de les faire voter tels quels pour les transformer en lois.

C'est à cette seule condition que nous pourrons obtenir la victoire.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Gilbert.

L'ascite dans les cirrhoses du foie : les données de la palpation et de la percussion.

J'ai entrepris avec vous l'étude d'un état pathologique important : l'ascite dans les cirrhoses du foie. Je vous exposerai aujourd'hui les données et les signes tirés de la palpation, de la percussion, et de la palpation associée à la percussion ; mais, auparavant, je désire terminer ce qui a trait à l'inspection de l'abdomen dans l'ascite, et aux phénomènes de circulation collatérale.

La paroi abdominale, vous ai-je dit, peut devenir le siège d'une circulation veineuse collatérale qui se présente sous trois types, le type portal, le type cave et le type mixte, à la fois portal et cave. Je ne reviendrai pas sur le type portal dont j'ai longuement parlé et que vous connaissez maintenant.

Le type cave de circulation veineuse collatérale est principalement constitué par un lacis veineux, occupant les parties latérales de l'abdomen

et du thorax ; tout au moins, a-t-il un développement plus grand sur les régions latérales que sur la région médiane. En haut, se montre la thoracique longue, tributaire de la veine axillaire ; en bas, les tégumenteuses abdominales, et plus spécialement les tégumenteuses moyenne et externe qui se jettent dans la crosse de la saphène interne. Il s'ensuit que, dans ce type, les deux systèmes caves, supérieur et inférieur, sont réunis l'un à l'autre par un lacis veineux important. Si développé que soit ce réseau veineux, il ne l'est jamais autant que celui du type portal. Les veines qui le constituent ne sont pas aussi turgescentes ; elles n'offrent jamais les flexuosités, ni les formations de têtes de méduse que l'on voit dans le type portal.

Cette circulation collatérale du type cave ne paraît pas relever d'une cause univoque. Elle semble, dans certains cas, être due à une compression de la veine cave inférieure par le foie cirrhotique hypertrophié. Elle semble aussi, dans un grand nombre de cas, être une conséquence de l'ascite, alors que le type portal ne présente que des rapports très inconstants avec l'ascite. Une preuve de cette relation réside dans ce fait que la ponction de l'ascite entraîne, la plupart du temps, une disparition de cette circulation collatérale. Vous pourrez voir chez une de nos malades un réseau veineux très développé : eh bien ! chaque fois que nous ponctionnons son ascite, ce réseau veineux cesse d'être apparent. On comprend d'ailleurs facilement le mécanisme par lequel l'ascite fait surgir ce type de circulation collatérale. L'ascite amène de la compression de la veine cave, d'où augmentation de tension dans les veines affluentes, dans la fémorale et ses branches. Le sang qui stagne cherche à se faire un chemin pour gagner le cœur ; les veines tégumenteuses abdominales se distendent ainsi que la thoracique longue. Il est difficile de préciser, d'ailleurs, dans quelles limites s'opère le drainage par les thoraciques longues.

La formation d'un type de circulation dérivative du sang s'accompagne fréquemment d'un autre symptôme, à savoir, l'œdème. Chez les sujets atteints d'ascite, on a souvent observé de l'œdème, qui se circonscrit aux membres inférieurs, aux organes génitaux externes (les bourses et la verge principalement) et à la paroi abdominale. Chez une malade que je vous présenterai tout à l'heure, vous constaterez cet œdème accompagnant la circulation cave de la paroi abdominale. Quand on ponctionne son ascite, à la fois la circulation collatérale cave de la paroi abdominale disparaît et l'œdème diminue. Cet œdème, ainsi que la circulation collatérale spéciale que je vous ai décrite, constituent le syndrome d'hypertension cave inférieur. Vous savez qu'il existe un syndrome d'hypertension portale, qui est beaucoup plus riche en éléments.

Reste le type de circulation porte-cave, type sur lequel il n'y a pas lieu d'insister puisqu'il se compose des deux types précédents juxtaposés. Il y a des sujets qui ont un type portal pur et, à un moment donné, un type cave. Chez d'autres, la marche est inverse, c'est le type cave qui commence et le type portal qui suit. La malade dont je viens de vous dire quelques mots n'offre pas un type pur. Si, chez elle, le type cave est surtout développé, elle a également une petite circulation collatérale, du type portal. Cette malade, que je vous montre ici, présente, en outre, de l'œdème des membres inférieurs et un certain degré d'œdème de la paroi abdominale. La dite paroi est lisse, luisante, tendue, et la pression digitale y provoque un peu de dépression en godet. La malade offre, au complet, le syndrome d'hypertension cave inférieur, les œdèmes, et la circulation collatérale destinée à dériver vers la veine cave supérieure une partie du sang qui devrait passer par la veine cave inférieure.

Je ne veux pas quitter ce sujet des circulations collatérales sans vous parler rapidement de la circulation lymphatique, de ce qu'on a appelé les varices lymphatiques de la paroi abdominale, chez les cirrhotiques. C'est à Hanot que l'on doit cette notion. Hanot, quelques années avant sa mort, a publié un mémoire où il décrivait quelques exemples de ce qu'il croyait être des varices lymphatiques de la paroi abdominale. On se demande maintenant s'il n'y a pas eu méprise de sa part. Il arrive que, chez les cirrhotiques, des vergetures de la peau donnent lieu à une apparence de varices lymphatiques, tenant à ce que l'œdème forme des boursouflures au niveau de la peau amincie. Pour que cette apparence se manifeste, il faut des vergetures et de l'œdème. Ce qui montre bien qu'il ne s'agit pas de varices lymphatiques, c'est la disposition particulière de ces lésions qui ne convergent pas vers l'aine, ne suivent pas la direction des lymphatiques, mais rayonnent à la façon des vergetures.

J'en ai fini avec ce qui concerne l'inspection de la paroi abdominale dans l'ascite. J'arrive aux données et aux signes résultant de la palpation, de la percussion, et de la palpation associée à la percussion.

La palpation de la paroi abdominale, dans l'ascite, permet de constater une résistance élastique particulière de la paroi, qui n'est pas la même aux divers points de l'abdomen. A la périphérie, la résistance est très accusée, la paroi ne cède pas ; au centre, au contraire, elle se laisse déprimer. Cela tient à ce que, à la périphérie, se dépose le liquide ascitique, alors qu'au centre se réfugient les gaz.

La résistance de la paroi abdominale est surtout en rapport avec la quantité de liquide ascitique. Plus ce liquide est abondant, plus la tension devient grande. Cette résistance de la paroi

est importante, car elle peut gêner beaucoup la palpation des viscères abdominaux, du foie et de la rate en particulier, palpation dont vous savez tout l'intérêt en clinique. Il est des cas d'ascite où la tension de la paroi est telle que toute palpation des viscères abdominaux est impossible. Quand il en est ainsi, on n'a plus de recours que dans la percussion. On peut aussi déterminer la limite supérieure du foie et, dans une certaine mesure, la limite inférieure en faisant incliner le malade à gauche. Il faut savoir, d'ailleurs, que, dans l'ascite, le foie est fortement refoulé vers le haut, d'autant plus que l'ascite est plus considérable, le liquide ascitique se créant de la place partout où il peut. A l'état normal, la limite supérieure du foie est dans le 5e espace intercostal. Au cas d'ascite, elle remonte jusqu'à la 5e côte, le 4e espace intercostal, et quelquefois plus haut, en même temps, bien entendu, que la limite inférieure s'élève également.

L'impossibilité de pouvoir palper le foie, dans l'ascite, est, toutefois, une exception. Elle ne se rencontre que dans l'ascite considérable. Mais, pour parvenir, par le palper, à déterminer la limite inférieure du foie, il convient d'employer une technique spéciale. Elle consiste à placer les deux mains bout à bout, les extrémités digitales réunies à angle aigu, de façon à former avec elles, une sorte de coin grâce auquel on pénètre plus ou moins dans la paroi abdominale. On enfonce ce coin par secousses brusques dans la paroi, en opérant d'abord sur la ligne mammaire droite, commençant très bas, pour remonter jusqu'au rebord costal si c'est nécessaire. On procède ainsi par une série de petits chocs, de proche en proche. Ce mode de palper permet presque toujours de déterminer le bord inférieur du foie, à condition cependant qu'il n'y ait pas d'ascite extrême et que le foie soit plutôt augmenté de volume. Si le foie n'est pas accru de volume, *a fortiori* s'il est atrophié, comme il est refoulé vers le haut par le liquide ascitique, sa limite inférieure se trouve portée sous le rebord costal et elle est inaccessible aux pulpes digitales. On arrive, par ce procédé de palpation successive, à déterminer d'autant mieux le bord inférieur du foie que cet organe est, dans les cirrhoses, accru de consistance.

Il y a plus. Même quand le foie a son volume normal, voire de l'atrophie, il ne faut pas renoncer à en percevoir la limite inférieure. Toutefois, il n'y a qu'une seule ligne alors où l'on peut avoir la chance de le rencontrer : c'est la ligne médiane. A cet endroit, le foie est sorti de l'abri des côtes et reste à découvert, malgré que le lobe gauche soit moindre, comme dimensions, que le lobe droit. Si donc, vous ne trouvez pas le bord inférieur du foie sur la ligne mammaire, transportez-vous sur la ligne médiane et procédez de la même façon.

J'arrive à la percussion. La percussion de l'abdomen dans l'ascite fournit de la sonorité au niveau des parties culminantes de la région et de la matité au niveau des parties déclives. Ceci reste vrai, quelle que soit la position du malade. Si le malade est dans le décubitus dorsal, l'abdomen est sonore à la région épigastrique et mat dans les flancs. S'il est couché sur les côté droit, l'abdomen est sonore dans le flanc gauche et mat dans le flanc droit. S'il est couché sur le côté gauche, c'est l'inverse, sonorité dans le flanc droit, matité dans le flanc gauche. Si le malade se met debout, la région sus-ombilicale est sonore et la région sous-ombilicale mate. Enfin, dans la position genu-pectorale, les flancs deviennent sonores et la région ombilicale mate A l'union des parties mates et des parties sonores, on perçoit souvent — mais, non constamment — un son particulier, auquel on donne le nom de son hydro-aérique, qui est dû à l'interposition, entre une anse intestinale et la peau, d'une lame liquide.

Dans l'ascite, c'est la percussion qui fournit les données les plus décisives. Ce fait que la partie culminante de l'abdomen est toujours sonore et que l'on peut changer à volonté, en modifiant la position du sujet, les résultats de la percussion, est caractéristique de la présence d'un liquide mobile dans la cavité péritonéale, de l'ascite. Il permet de distinguer l'ascite des kystes abdominaux, des kystes de l'ovaire en particulier. Dans les kystes de l'ovaire, la zone de matité n'est pas modifiable. Ce qui était mat dans le décubitus dorsal, reste mat dans la position couchée sur le côté. Ce qui était sonore dans la première position, reste sonore dans la seconde. Il faut savoir cependant, pour ce qui concerne le kystes de l'ovaire, qu'ils se compliquent souvent d'ascite ; on ne s'y trompera pas, étant prévenu.

Reste la percussion combinée à la palpation. Elle permet de constater ce signe important, nommé « sensation de flot », qui caractérise non l'ascite, mais la présence d'un liquide dans l'abdomen.

Pour rechercher la sensation de flot, il convient de disposer une main, la main gauche, sur un flanc, et de percuter avec l'autre main l'autre flanc. Ayant la main gauche immobilisée, on ne pourra employer que la percussion immédiate ou la chiquenaude ; on ne saurait utiliser la percussion ordinaire, bien entendu. La sensation de flot perçue par la main gauche est caractéristique d'une poche liquide. Il y a cependant des causes d'erreur possibles. Elles tiennent à ce qu'il existe parfois de l'infiltration œdémateuse de la paroi abdominale qui donne quelque chose d'analogue à la sensation de flot, ou à une tension particulière de la paroi, qui aboutit au même résultat. Pour se mettre à l'abri de ces causes d'erreur, on aura recours à l'assistance du

malade ou d'un aide qui placera sa main sur la paroi abdominale et perpendiculairement à elle, le bord cubital de la main reposant sur la ligne médiane. Lorsque la sensation de flot est bien due au liquide, elle subsiste ; sinon, lorsqu'elle est due à l'infiltration ou à la tension de la paroi abdominale, cet artifice empêche de la percevoir.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Maladie de Little traitée par le procédé de Van Gehuchten. — Masse à plomber les os de M. Delbet. — Restauration d'un bec-de-lièvre complet chez un enfant de 2 jours. — Appendicite sous-claviculaire. — L'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomie. — Tumeur blanche traitée par injections sclérogènes. — Balle de revolver dans un corps vertébral. — Pneumothorax chirurgical. — Modèle intéressant de presse à viande. — Expérience de rééducation auditive.

M. Cunéo présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur une observation de M. Marquis (de Rennes) concernant une *paraplégie spasmodique de Little traitée par le procédé de Van Gehuchten.*

Forster a proposé de traiter la maladie de Little par la section des racines postérieures des 2e, 3e, 5e lombaires et 2e sacrée. Pour simplifier l'opération de Forster, délicate à exécuter, Van Gehuchten fait porter la section non plus sur les racines, mais sur les filets radiculaires au voisinage de leur origine médullaire. C'est une intervention de ce genre qu'a pratiquée M. Marquis et le résultat obtenu a été avantageux. L'enfant, qui ne pouvait se tenir debout avant l'opération, put marcher avec une canne, après l'opération.

M. Kirmisson, sans être l'ennemi du Forster, remarque que le traitement orthopédique fournit le plus souvent des résultats très encourageants dans la maladie de Little. Il a l'avantage de ne faire courir au malade aucun danger. C'est seulement dans les cas graves où le traitement orthopédique, appliqué dans toute sa rigueur, n'aurait pas fourni de résultat, que l'on pourrait se décider à recourir à la radicotomie.

M. Pierre Delbet partage l'avis de M. Kirmisson sur la valeur de l'orthopédie en pareil cas. Ses résultats sont extraordinaires. Si l'on a recours aux opérations médullaires, il vaut mieux s'adresser au Van Gehuchten qui est moins grave, d'exécution moins difficile, et donne d'aussi bons effets.

M. Savariaud a pratiqué une opération de Forster chez un enfant de 7 ans, qui n'avait retiré aucun bénéfice du traitement orthopédique. Le résultat fut très encourageant. Toutefois, dorénavant, au lieu de la difficile opération de Forster, M. Savariaud aura recours à la technique plus simple de Van Gehuchten.

— M. Pierre Delbet communique à la *Société de chirurgie* la formule de sa *masse à plomber les os.*

Cette formule est la suivante : 50 grammes de cire vierge, 6 centim. cubes de chloroforme et 6 centim. cubes de teinture d'iode. On fait fondre la cire au bain-marie et on la verse dans des flacons tarés d'avance et chauffés ; on y ajoute rapidement le chloroforme et la teinture d'iode, en maintenant le bouchon qui serait, sans cela, repoussé par le dégagement de vapeurs. Enfin, on agite le flacon jusqu'à ce que la prise soit complète.

La masse s'emploie à la température ordinaire. On l'applique directement dans les cavités osseuses, sans qu'il soit nécessaire d'assécher la plaie, ni même de faire l'hémostase.

— M. Ombrédanne montre à la *Société de chirurgie* un enfant qu'il a *opéré d'un bec-de-lièvre complet à l'âge de deux jours.*

L'enfant était né avec un bec-de-lièvre complet et complexe (fissure labiale ouvrant largement la narine, fissure gingivale, fente palatine et fissure du voile). L'intervention, faite dans le courant du troisième jour, fut parfaitement supportée.

Avec Arbunoth Lane, M. Ombrédanne est très porté à croire — à la suite d'un certain nombre d'interventions — que le nouveau-né résiste mieux au choc opératoire que l'enfant de quelques mois.

— M. Kirmisson fait un rapport, à la *Société de chirurgie,* sur une observation de M. Pierre Duval intitulée : *appendicite sous-claviculaire.*

Les localisations de l'appendicite connues jusqu'à ce jour sont nombreuses, mais il ne semble pas que l'on ait encore signalé son siège sous-claviculaire.

Le cas, intéressant, de M. Pierre Duval a trait à un garçon de douze ans, mal portant depuis sa naissance et chez qui les diagnostics les plus divers et les plus incertains avaient été portés : pleurésie enkystée, kyste hydatique du poumon, etc. L'enfant se plaignait de douleurs thoraciques gauches, procédant par accès, avec troubles respiratoires et cardiaques. Par deux fois, il eut des crises accompagnées de fièvre et de vomissements. La radiographie établit le diagnostic en montrant la présence, dans la cavité pleurale gauche, du cæcum, du côlon ascendant et transverse.

M. Pierre Duval opéra le petit malade et trouva dans la cavité pleurale le cæcum, les côlons, une partie de l'intestin grêle. L'appendice était énorme, entouré de foyers caséeux, vestiges de nombreuses crises d'appendicite. L'intestin hernié fut réduit dans l'abdomen et le diaphragme reconstitué. L'opération fut bien tolérée, mais le malade succomba le lendemain matin.

Cette observation est un exemple, peut-être unique, d'une appendicite développée dans la

cavité pleurale. Au point de vue hernie diaphragmatique, elle est classique. On sait que c'est le plus souvent à gauche et à la partie postérieure du diaphragme que se trouve l'orifice anormal faisant communiquer la plèvre et l'abdomen.

M. MORESTIN a observé deux cas de hernie diaphragmatique. Le premier fut une trouvaille d'autopsie. Le second concerne un sujet qui eut, deux fois, des accidents d'occlusion. Il succomba à la seconde attaque et l'on trouva, à l'autopsie, une hernie diaphragmatique. L'auteur insiste sur l'utilité de la radioscopie en pareille circonstance.

M. KIRMISSON partage cet avis sur la nécessité de l'examen radiographique. Sans cet examen, le diagnostic des hernies diaphragmatiques est presque impossible ; elles ne se traduisent, en somme, que par des signes d'occlusion.

— M. HARTMANN rapporte, à la *Société de chirurgie*, une observation due à M. E. MARQUIS, d'*ulcère peptique du jéjunum développé six ans après une gastro-entérostomie.*

Actuellement, dit M. Hartmann, la gastro-entérostomie peut être regardée comme une opération simple dont la mortalité est à peu près nulle, quand le malade n'est pas dans un état trop grave au moment de l'intervention. Ce que l'on doit rechercher aujourd'hui, ce ne sont plus des suites opératoires immédiates bonnes (elles sont acquises), mais des guérisons éloignées. A cet égard, l'observation de M. Marquis est intéressante, car elle appelle l'attention sur une complication secondaire à la gastro-entérostomie, l'ulcère peptique du jéjunum.

L'ulcère primitif du jéjunum existe, mais il est extrêmement rare. Habituellement, cet ulcère peptique jéjunal s'observe consécutivement à la gastro-entérostomie. On en comprend la raison, puisque l'opération rapproche le jéjunum de l'estomac et met en contact le suc gastrique acide avec la muqueuse jéjunale habituée à recevoir un chyme alcalinisé par la bile et la sécrétion pancréatique. L'ulcère peptique du jéjunum n'est toutefois pas une complication commune de la gastro-entérostomie. Il est conditionné par l'hyperacidité du suc gastrique et probablement aussi par des petits traumatismes opératoires agissant comme cause prédisposante.

M. Pierre DELBET fait jouer un rôle au fil de soie. M. RICARD ne partage pas cette opinion. Il utilise constamment la soie et n'a eu, sur un très grand nombre de gastro-entérostomies, qu'un seul cas d'ulcère peptique gastro-jéjunal.

Les ulcères peptiques du jéjunum sont plus fréquents après la gastro-entérostomie en Y. Celle-ci doit donc être condamnée.

— M. WALTHER présente à la *Société de chirurgie* un malade atteint d'*ostéo-arthrite tuberculeuse du coude traitée par les injections sclérogènes et les curetages.*

Chez ce sujet, les lésions étaient si étendues qu'une amputation haute semblait le seul traitement rationnel. M. Walther résolut néanmoins de tenter l'emploi des méthodes conservatrices Il pratiqua une série de débridements des abcès superficiels, de grattages et d'injections de chlorure de zinc. La guérison fut obtenue après dix interventions.

— M. Pierre DELBET relate à la *Société de chirurgie* un cas d'*ablation d'une balle de revolver du corps de la deuxième vertèbre dorsale.*

Le malade avait été victime d'un attentat deux ans et demi auparavant. Il avait reçu cinq balles dont trois avaient été extraites. Il lui était resté une impotence partielle du membre supérieur gauche et des douleurs dans l'épaule et le bras.

La radiographie montra une balle située à la hauteur du disque séparant les 1re et 2e vertèbres dorsales. M. Delbet intervint et put trouver la balle, à la troisième opération, dans le corps de la première vertèbre. Le malade est actuellement guéri.

M. Delbet a retiré de ce cas l'impression que, sans réséquer ni le sternum ni la clavicule, on peut assez facilement aborder, par la voie antérieure, le corps des trois premières vertèbres dorsales.

— M. FAURE fait à la *Société de chirurgie* un rapport sur deux observations de MM. Pierre DUVAL et BAUMGARTNER concernant le *pneumothorax chirurgical.*

Les observations de MM. Duval et Baumgartner ont trait à des pneumothorax chirurgicaux au cours d'une résection large du thorax pour tumeur maligne. Malgré cet incident, les suites opératoires furent très satisfaisantes.

On a attribué au pneumothorax chirurgical une gravité qu'il ne semble pas avoir. Les appareils d'hypo et d'hyperpression que l'on a recommandé d'employer dans les résections du thorax pour prévenir le pneumothorax, ne sont pas indispensables. La chambre de Sauerbruck est un appareil qui disparaîtra sans doute de l'arsenal chirurgical. L'appareil à hyperpression de Mayer (de Bruxelles) est plus pratique et pourra rendre des services à ce point de vue.

M. BAZY soutient depuis vingt ans l'innocuité du pneumothorax chirurgical.

MM. Pierre DELBET et JACOB partagent la même opinion sur l'innocuité relative du pneumothorax total chirurgical et sur l'inutilité des appareils à hypo et hyperpression dans un bon nombre de cas de chirurgie thoracique.

M. TUFFIER a personnellement commis de nombreux pneumothorax opératoires. Pour M. Tuffier, il s'en faut de beaucoup que le pneumothorax chirurgical total soit une quantité négligeable et qu'il faille proscrire et oublier tout appareil de baro narcose.

M. LENORMANT pense également que les indications des appareils à pression différentielle, quoique rares, existent.

M. WALTHER a eu plusieurs fois l'occasion, au cours d'interventions, de produire un pneumothorax. Ce n'est pas, certes, un accident grave. Toutefois, la dyspnée qu'il provoque est

émouvante, et il est bon de tâcher de régler autant que possible l'entrée de l'air dans la plèvre.

— M. le professeur Benjamin présente à l'*Académie de médecine* un modèle intéressant de *presse à viande* dû à M. A. Petit, de Lyon.

Il se distingue des appareils similaires par son système spécial breveté de disques perforés entre lesquels la viande crue est répartie en tranches minces.

On obtient ainsi, à froid, sans aucun hachage ou manipulation préalables, en une seule pressée et sans effort, un rendement de 50 % alors que celui des autres presses est à peine de 10 à 15 %.

La presse A. Petit paraît, au présentateur, mériter l'attention, car elle facilitera la diffusion de la méthode zomothérapique de Richet et Héricourt, spécialement dans la tuberculose.

Cet appareil a été vivement approuvé par le professeur Richet, un des fondateurs de la zomothérapie.

— M. G. de Parrel communique à la *Société parisienne de laryngologie* le résultat d'une *expérience prolongée de rééducation auditive* et un exposé rapide de l'état actuel de la science anacousique et l'amplitude du mouvement d'extension, surtout à l'étranger, de cette méthode thérapeutique. Puis, sous forme de conclusions très nettes, il expose les résultats de l'enquête clinique minutieuse et approfondie à laquelle il vient de se livrer pendant un an, à l'établissement de physiologie expérimentale de M. Zünd-Burguet. Il a examiné, mesuré et suivi tous les sourds qui s'y sont fait traiter d'octobre 1912 à novembre 1913 ou ceux qui revenaient prendre quelques séances de rééducation après un premier traitement suivi antérieurement ; il vient de terminer cette expérience prolongée et à la suite de cette étude théorique et pratique des procédés électrophonoïdes, M. de Parrel, en toute connaissance de cause, résume ainsi ses observations :

1° *La méthode anacousique de Zünd-Burguet donne dans la plupart des surdités des résultats de beaucoup supérieurs à ceux qu'on obtenait jusqu'à ce jour par les procédés classiques.*

2° *Le traitement de la surdité par la méthode électrophonoïde est d'ordre physiologique et non anatomique*, c'est dire que la rééducation auditive n'a aucune action sur les surdités avec atrophie du labyrinthe et du nerf auditif, ou consécutives à des destructions plus ou moins complètes de l'oreille interne ou des centres auditifs. Elle est absolument contre-indiquée dans la surdi-mutité congénitale, dans la surdité brusque d'origine syphilitique ou méningitique, dans la plupart des surdités accentuées résultant de labyrinthites toxi-infectieuses (ourlienne, éberthienne, pneumococcique).

3° *D'une façon générale, on peut dire que les améliorations constatées sont en raison inverse de l'âge du malade et de l'ancienneté de la lésion.*

4° *La surdité, maladie chronique, exige un traitement chronique*, et les résultats ne se maintiennent que par des exercices acoustiques répétés à intervalles réguliers et plus ou moins rapprochés suivant le degré de l'hypoacousie.

5° *L'anacousie électrophonoïde a une action très nette sur la circulation auriculaire* et par conséquent sur l'évolution des processus adhésifs, cicatriciels ou sur les suppurations de l'oreille moyenne.

6° *L'acoumétrie à la montre et au diapason n'a qu'une valeur très relative en matière de rééducation auditive.* La voix haute et surtout la voix basse permettent seules de se rendre un compte exact des progrès de l'audition ; d'ailleurs, comme l'a dit récemment Gradenigo (de Turin), « l'examen à la voix est le plus en faveur auprès des auristes et le plus physiologique. » M. de Parrel insiste sur la valeur acoumétrique de la voix basse maximum, car dès qu'on dépasse ce maximum, les vibrations laryngées apparaissent et c'est la voix haute. Il y a donc tout lieu de croire qu'en utilisant cette voix basse maximum dans les épreuves successives qu'on fait subir au sujet, on se tient dans les mêmes conditions d'intensité et l'on écarte les causes d'erreurs qui peuvent se produire avec la voix chuchotée, dont les limites sont relativement plus élastiques.

Au reste, aucune erreur de la part de l'expérimentateur ne saurait expliquer les écarts d'audition comme ceux que l'on constate chez beaucoup de sourds rééduqués, qui passent par exemple par la voix basse de 4 à 5 centimètres à 2 et 3 mètres d'audition ou, par la voix haute, de 50 centimètres à 8 et 10 mètres.

D'ailleurs, les sujets eux-mêmes et leur entourage se rendent parfaitement compte des progrès obtenus, quand, après en avoir été tout à fait incapables pendant de longues années, ils peuvent après leur traitement, entendre une pièce de théâtre, une conférence, une communication téléphonique, une conversation familiale et en général tout ce qui les relie à la vie commune.

L'auteur dit en terminant que les spécialistes qui se sont consacrés à la rééducation auditive trouvent dans la reconnaissance de leurs malades et de leur entourage une consolation aux difficultés semées sur leur route et un encouragement pour l'avenir.

P. L.

TECHNIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

La méthode des abcès de fixation.

Indications cliniques et mode opératoire.

La pyogenèse artificielle, disons-le de suite, constitue une méthode thérapeutique d'exception.

Sans doute, le praticien, ne doit y avoir recours que lorsque les médications usuelles ont échoué. N'empêche qu'il doit en connaître les indications et la technique, car il aura parfois la satisfaction de voir

la maladie tourner court, rétrocéder, et d'assister souvent à de véritables résurrections.

I. *Définition.* — L'abcès de fixation peut être défini « une réaction locale, pyogène, aseptique, créée à volonté, dans le but d'atténuer ou de guérir une maladie infectieuse en imminence de suppuration, les maladies générales avec bacillémie et même certaines intoxications. » Cette définition de J. Carles donne de suite les indications de la pyogenèse artificielle.

II. *Indications cliniques.* — En effet la pyogenèse artificielle est indiquée :

1° *Dans toutes les maladies aiguës en imminence de suppuration* ;

2° *Dans les maladies générales avec bacillémie*, fièvre puerpérale, streptococcies, staphylococcies, rhumatismes pseudo-infectueux, pneumo nies, broncho-pneumonies, méningite crérébro-spinale, fièvres paludéennes, ictère grave, etc.

3° *Dans les intoxications.* — J. Carles qui a préconisé cette méthode au cours de diverses intoxications, en a retiré de larges bénéfices, notamment dans des cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, dans l'empoisonnement saturnin et dans des cas d'empoisonnement par la scille (1).

Mais pour obtenir de brillants résultats, plusieurs conditions sont nécessaires : il faut agir avec énergie, il faut agir vite, il ne faut pas appliquer la méthode aux sujets adynamiques. Enfin une contre-indication absolue : chez les vieux cardiaques, les cirrhotiques, les vieux rénaux, il est prudent de s'abstenir.

III. *Technique de la pyogénèse artificielle.* — 1° *Substances à employer.*— L'essence de térébenthine représente le meilleur des agents à employer. On emploiera de l'essence fraîche, de préférence stérilisée ; chez les enfants, on mélangera l'essence, selon l'âge, avec 1/3, 1/2 ou 2/3 d'huile stérilisée.

2° *Instruments.* — Une seringue de Pravaz, bouillie ; une aiguille à injections hypodermiques, flambée ou bouillie.

3° *Points d'élection.*— Le point à choisir est quelconque : on a usé des fesses, des lombes, de l'hypogastre, des régions deltoïdiennes, trochantériennes, etc. : toutefois nous recommandons de préférence le flanc ou la région externe de la cuisse.

La région choisie, on fera une *désinfection soignée de cette région*, et on poussera l'injection *dans le tissu cellulaire sous-cutané.*

4° *Quantité de substance à injecter.* — Un centimètre cube, deux au plus en deux piqûres, sont presque toujours suffisants le premier jour ; chez les enfants, cette dose doit être ramenée à quelques gouttes.

5° *Doit-on répéter les injections.* — Si, au bout de 24 heures, la réaction est nulle ou insuffisante, on pérètera de nouvelles injections d'un centimètre cube chez l'adulte, de quelques gouttes chez l'enfant, de 12 en 12 heures ou de 24 en 24 heures, selon l'urgence et la réaction produite ; on ne dépassera cependant pas trois à quatre piqûres.

6° *Réaction.*— Trois faits peuvent se produire : ou bien les injections ne donnent lieu à aucune réaction ; ce que est d'un pronostic extrêmement grave.

Ou bien il se forme un abcès, mais un abcès qui évolue sans bruit, tiède, ou même froid. Pronostic réservé.

Ou bien au bout de quelques heures, une réaction violente se dessine, la douleur au point de l'injection est très vive ; bientôt apparaissent de larges placards rougeâtres capables d'envahir rapidement tout un segment de membre. C'est le moment d'appliquer de grands pansements humides, qui vont atténuer les souffrances du patient et permettre à l'inflammation de se localiser. Dans ce dernier cas le médecin est en général en droit de porter un pronostic favorable.

7° *Epoque de l'ouverture des abcès.* — L'ouverture des abcès doit se faire tardivement, la maladie une fois jugulée. Si la maladie persiste, il ne faut ouvrir les abcès que successivement et après avoir provoqué, comme le conseille Fochier, des « abcès de remplacement ».

Dans l'ouverture des abcès, employer toujours les mêmes précautions minutieuses d'asepsie que pour une véritable opération.

Telles sont résumées les indications et la technique de la pyogénèse artificielle. Ses effets thérapeutiques sont indiscutables ; elle a donné dans certains cas des résultats inespérés et, à ce titre, elle mérite de ne pas tomber dans l'oubli.

Dr G. SIGURET,
(St-Nectaire).

(1) Nous avons publié une clinique de Lyon, relatant les résultats obtenus par cette méthode dans les empoisonnements par les champignons.
N. D. L. R.

FAITS ET OBSERVATIONS CLINIQUES

Rachitisme et achondroplasie.

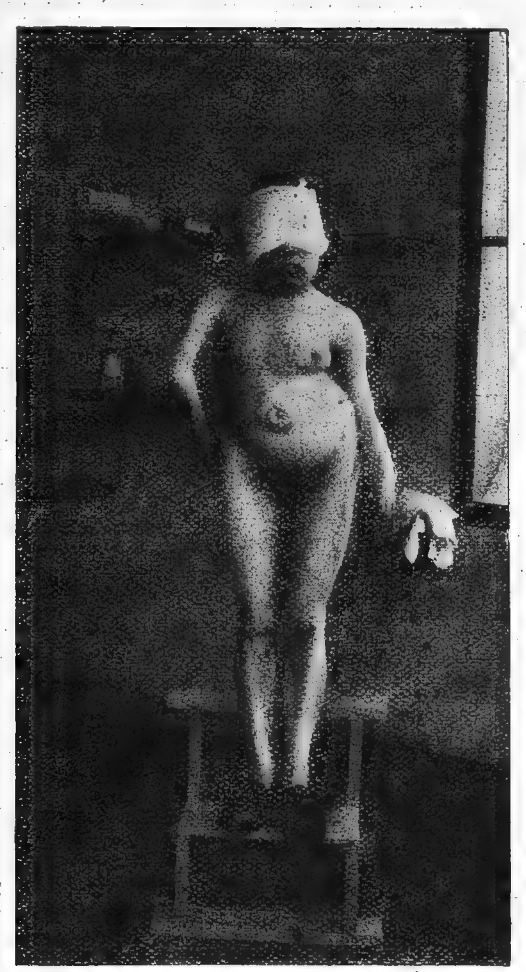
Les cas bien caractérisés de rachitisme ou d'achondroplasie, affections confondues autrefois, mais faciles à différencier de nos jours depuis les études de Parrot et de P. Marie, prêtent rarement sujet à discussion. Il n'en est pas de même des formes frustes. J'ai observé il y a quelques mois, dans mon service, un cas de cette nature dont je relate d'abord l'observation :

Mlle X., de St-Jean de Maurienne, âgée de 46 ans, entre le 27 février dernier dans mon service pour y être opérée d'une volumineuse tumeur abdominale. Si je note son lieu d'origine, c'est qu'en Savoie, la Maurienne nous envoie souvent des dystrophiques. Le père de cette malade est mort à 50 ans d'anévrysme, dit-elle. La mère, âgée de 70 ans, est bien

portante et bien constituée ; elle a deux sœurs bien portantes et bien conformées.

Taille : 1 m. 36. Le tronc est déformé par une scoliose latérale droite très accusée

La taille est déviée, la hanche gauche est surelévée, de même que l'épaule droite. Le ventre fait une saillie considérable due à la présence d'une énorme tumeur utérine présentant les caractères d'un fibromyome, et à l'existence d'une hernie ombilicale grosse comme une orange. Les mamelles sont normalement développées. Il n'existe pas de déformation du sternum ni du gril costal. Cœur et poumons sains.

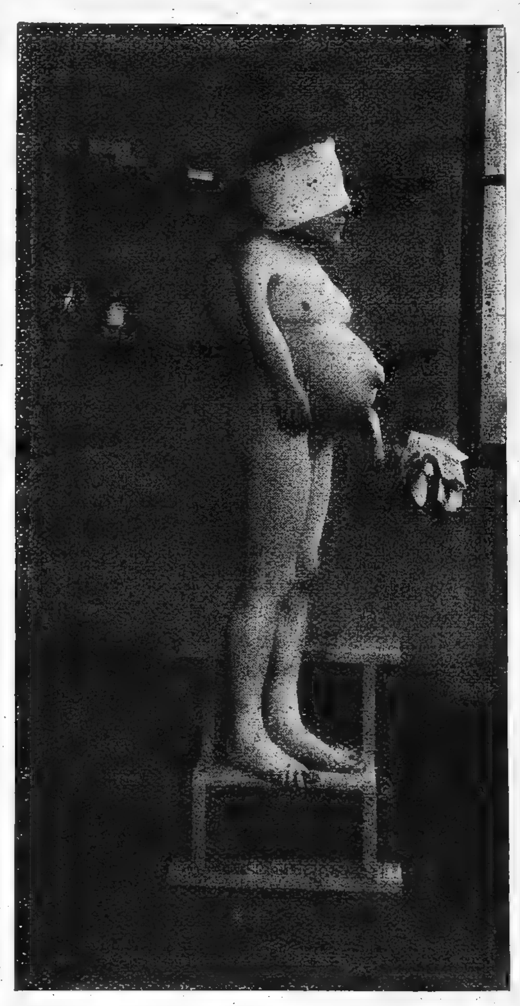


Mensuration : Hauteur du tronc assis : 0,55 cm
Hauteur du pubis au sol : 0,73 cm,
Hauteur de la fourchette sternal au sol : 0,86 cm.
Distance de l'ombilic au vertex : 0,50 c m.

La tête est normalement développée. Il n'y a pas d'asymétrie faciale. La physionomie est intelligente et ouverte. L'intelligence est développée et plutôt au-dessus de la moyenne. Il n'existe pas de macrocéphalie et le type est nettement dolichocéphale.

Mensuration : Circonférence maximum : 0,75 cm.
Diamètre antéro-postérieur : 0,17 cm.
Diamètre bi-pariétal : 0,15 cm.
Diamètre bi-frontal : 0,12 cm.
Diamètre bi-orbitaire : 0,10 cm.
Indice céphalique : 88 cm.

Le membre supérieur droit est petit et atrophié dans toutes ses dimensions. L'articulation de l'épaule est normale, la tête humérale est volumineuse ; l'humérus est petit, mais droit. L'articulation huméro-cubitale est ankylosée à angle obtus. L'avant-bras est petit et incurvé. Le radius et le cubitus sont incurvés et forment une courbe à concavité interne à grande courbure. L'articulation radio-carpienne est normale. La main droite ne possède que quatre doigts mobiles. Le pouce est absent.



Lorsque le membre supérieur pend, l'extrémité du radius arrive au niveau du pli de l'aine droit.

Le membre supérieur gauche est plus long, toutes ses articulations sont normales ; le pouce est représenté par un doigt minuscule et informe, appendu sur le bord interne de la main et ne tenant que par un lambeau de peau.

	Droit	Gauche
1° Distance de l'acromion à l'interligne articulaire du coude	0 20	0.22
2° Distance de l'interligne du coude à l'extrémité du radius	0.10	0.16

	Droit	Gauche
3° Longueur totale de la main depuis l'interligne du poignet	0.14	0.16
4° Longueur du pouce	»	0.04
Longueur de l'index	0.07	0.07
Longueur du médius	0.075	0.075
Longueur de l'annulaire	0.06	0.065
Longueur de l'auriculaire	0.05	0.05
5° Indice radio-huméral	50	70

Les muscles inférieurs sont normaux et correspondent à un sujet de taille plus élevée.

Mensurations :

Longueur du fémur : 0,40 cent.
Longueur de la jambe : 0,38 cent.
Longueur du pied : 0,23 cent
Indice tibio-fémoral : 95.

Le 10 mars 1913, je pratiquai à cette malade une cœliotomie abdominale (incision allant d'un travers de doigt de l'appendice xiphoïde à trois travers de doigt au-dessus du pubis). Je trouvai une ascite moyenne et une tumeur énorme multilobée contenant deux grosses loges kystiques à contenu citrin, de la grosseur d'une orange. La tumeur, du volume d'une grosse citrouille, adhérait au péritoine pariétal et à la vessie ; elle se continuait avec le fond de l'utérus, auquel elle adhérait par un large pédicule sessile. Je pratiquai une hystérectomie sub-totale et enlevai les deux ovaires dégénérés et kystiques.

A la coupe, cette tumeur avait l'aspect du sarcome. Un de ses plus gros lobes était creusé de géodes à contenu gélatineux

L'examen microscopique d'un fragment de cette tumeur me fit reconnaître qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire à prédominance de tissu fibreux

Les suites opératoires furent normales et la guérison se fit sans incidents. Dans les premiers jours d'avril cette malade sortait guérie de l'Hôtel-Dieu.

En dehors de sa tumeur utérine cette malade présentait un grand intérêt du fait de ses malformations. Avait-on affaire chez elle à une forme fruste d'achondroplasie ou à un rachitisme partiel et localisé aux membres supérieurs ?

Les trois grands caractères de l'achondroplasie sont, comme l'établit Parrot en 1876 et après lui Pierre Marie en 1900 : 1° le nanisme ; 2° la macrocéphalie. 3° la micromélie avec conservation des muscles du tronc. De plus, la diminution de longueur des membres tient surtout au raccourcissement des segments proximaux : cuisses, bras. Les mains sont carrées, et l'écartement de l'extrémité des doigts leur donne la forme en trident.

Il est évident que notre malade ne répond pas entièrement à ce type. Elle n'a pas de macrocéphalie; elle est dolichocéphale au contraire des achondroplases, qui sont brachycéphales ; elle a des membres inférieurs normaux, un tronc dévié. Elle est intelligente, tandis que les achrondroplases sont atteints de puérilisme mental.

Mais à côté du type d'achrondroplasie complet décrit par Parrot et P. Marie, il existe, ainsi que l'a montré Variot, des formes frustes, limitées aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs, avec face et crâne normaux. Avions-nous affaire à une de ces formes frustes chez notre malade ?

Contre cette interprétation s'élevaient : 1° la différence de longueur des deux membres supérieurs ; 2° l'ankylose huméro-cubitale droite ; l'absence de la forme caractéristique de la main achondroplasique ; le radius curvus. Si l'extrémité du radius droit arrivait à l'aine, comme chez les achondroplasiques, par contre, l'extrémité du radius gauche arrivait à la hauteur du tiers supérieur de la cuisse comme chez l'adulte normal. Reste donc en dernière analyse à admettre chez notre malade l'existence d'un rachitisme partiel localisé aux membres supérieurs, surtout à droite

Pour confirmer cette façon de voir, je me fonde sur les caractères suivants : 1° la coudure du radius droit est à grand rayon ; le cubitus droit, bien que moins incurvé, l'est également. Cette coudure est localisée à l'avant bras ; 2° les têtes radiales et cubitales étaient augmentées de volume aussi bien à droite qu'à gauche. Sur la photographie elles paraissent plus volumineuses à gauche.

L'absense des grands caractères achondroplasiques ; l'existence, au contraire, de quelques symptômes de rachitisme ; les déviations du tronc font pencher le diagnostic du côté du rachitisme partiel localisé aux membres supérieurs.

On peut voir par cette observation que si, avant Parrot, on n'avait pas songé à différencier le rachitisme de l'achondroplasie, il existe encore des cas qui sont malaisés à délimiter et qui prêtent matière à discussion.

Dr J. Tissot,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

LE LABORATOIRE ET LA CLINIQUE

Les applications pratiques du laboratoire à la clinique.

Introduction

« Aujourd'hui la médecine ne rétrograde pas, elle suit la marche de son évolution scientifique et elle avance lentement, il est vrai, mais fatalement vers la forme impersonnelle qui appartient à toutes les sciences. La médecine, en raison de la complexité des phénomènes dont elle s'occupe, doit être une des dernières constituées ; la médecine expérimentale ou scientifique est la seule médecine de l'avenir. C'est de ce côté qu'il faut tourner nos regards et faire converger toutes nos recherches ? »

Ces paroles prophétiques de Claude Bernard ne tendent-elles pas à se réaliser avec éclat aujourd'hui ? Dans les chapitres qui vont suivre, nous allons essayer de mettre en évidence avec netteté et précision les avantages que la clinique peut retirer de son contact intime avec les sciences biologiques appliquées : chimie, bactériologie, histologie, cytologie, etc., qui peuvent permettre au praticien de résoudre déjà bien des problèmes ; à côté de ces recherches, d'autres analyses plus complexes ou plus délicates seront exécutées dans des laboratoires bien outillés par des biologistes à la main exercée. Afin de donner de l'homogénéité à ces notes, l'étude qui va suivre comportera donc, voisinant bien souvent côte à côte, le mode opératoire des manipulations simples, faciles à effectuer dans le laboratoire du médecin, en même temps que l'énoncé des principes, des réactions plus compliquées longues ou difficiles à exécuter, mais que le praticien doit connaître afin d'aiguiller l'analyse dans la voie de ses recherches.

A cet égard, nous ne saurions trop insister sur cette nécessité impérieuse du contact intime qui doit lier le clinicien au biologiste : celui-ci doit guider celui-là, tous deux doivent travailler en symbiose. L'exemple suivant mettra en évidence la nécessité de ce rapprochement. Il nous est arrivé, maintes fois, en effet, de recevoir une fiole plus ou moins mal bouchée ayant pour toute mention « sang à analyser », renfermant ce liquide coagulé ou en pleine hémolyse. Analysons ces mots et voyons les principales indications cliniques qu'une analyse de sang, logiquement conduite, peut fournir au praticien, et combien il importe de limiter avec précision les recherches de laboratoire à effectuer.

Au point de vue chimique, il est un dosage qui se demande journellement aujourd'hui, celui de l'urée dans le sang, puisqu'il permet (avec le dosage de l'urée urinaire) de déterminer la constante d'Ambard et ainsi, d'apprécier la valeur tubulaire du rein dans les cas de néphrite urémigène ; la détermination de cette constante permet en outre de dépister, souvent même avant la clinique, des formes frustes de l'urémie.

S'agit-il, au contraire, d'un examen cytologique, l'analyse hématologique fournira de précieuses indications sur le nombre de globules rouges et de globules blancs et fixera ainsi le médecin sur les états anémiques ou leucémiques, sur l'éosinophilie par helminthiase. Mais dans ce cas, le sang reçu, coagulé ou hémolysé, ne conviendra plus en aucune façon, les analyses qualitative et quantitative étant devenues impossibles par suite de l'altération du milieu ; les globules rouges en effet sont en partie dissous, tandis que leur trame adhère au réticulum de fibrine qui constitue le caillot. Le prélèvement a donc été pratiqué défectueusement.

Cette même analyse biologique pourra nous fixer dans certains cas sur la nature des anticorps typhiques ou paratyphiques (séro-réaction), des anticorps yphilitiques (réaction de Wassermann).

Ce sang pourra servir en outre à dépister, par hémoculture, au cinquième jour, le bacille typhique, dans le sang des individus soupçonnés de typhoïde, mais dans ce cas encore, le prélèvement défectueux ne pourra permettre à l'analyste d'effectuer la recherche.

Ainsi donc, cette simple mention « analyse du sang » plongera le biologiste ou le pharmacien, dans la plus profonde des perplexités. Quelles affections devront-ils rechercher ? L'urémie, l'anémie, la malaria, la typhoïde, la syphilis, pour ne citer que les principales ?

Un prélèvement pratiqué sans soin oblige le médecin à recommencer une opération parfois difficile ou douloureuse, ce qui indispose le malade et amène une perte de temps souvent irréparable.

Comme conclusions pratiques de ce qui précède, le médecin qui ne peut ou qui n'a pas le temps d'exécuter une analyse devra donc :

1° S'enquérir d'un bon analyste, afin de pouvoir compter en toute certitude sur les résultats qui lui seront fournis.

2° Prélever le liquide en s'entourant de toutes les précautions voulues, qui seront définies avec soin, ultérieurement, avant chaque analyse.

3° Indiquer avec précision et détail l'état clinique du malade, le diagnostic à confirmer ou les différentes solutions qui sont proposées ; un simple mot suffit parfois à aiguiller un analyste averti vers la vraie solution du problème qui lui est posé.

Quels sont les avantages que peut retirer le médecin de tels examens ?

1° Cas du jeune médecin et du propharmacien.

L'habitude du laboratoire leur permettra dans bien des cas de serrer le problème clinique et d'instituer, par suite, une thérapeutique rationnelle. Ils en retireront de ce fait des avantages moraux, par le bon renom acquis, et des avantages pécuniaires, puisque les analyses rétribuées couvriront et au-delà, les frais d'immobilisation des faibles capitaux engagés pour l'achat des appareils et leurs amortissements. Leurs malades leur seront toujours reconnaissants d'avoir pu éviter la visite du médecin consultant.

2° Cas du médecin arrivé, ayant une grosse clientèle. Si jeune médecin, il a pris l'habitude du laboratoire, il verra mieux que tout autre l'opportunité d'une analyse à faire effectuer, et les avantages moraux qu'il en retirera seront de même ordre que dans le cas précédents.

Loin de nous d'ailleurs la pensée que le laboratoire puisse supplanter la clinique ; les sciences appliquées à l'art médical ne la détrôneront jamais ; celui-ci, en revanche, aurait grandement tort de se priver des lumières parfois très vives que le laboratoire lui apporte sous la forme d'un fait expérimental, précis, brutal, indiscutable. Mais ne sera-ce pas encore la clinique qui en appréciera la valeur absolue ou relative ? N'est-ce pas elle qui le classera, avec les autres signes constatés, pour arriver ainsi à l'édification d'un diagnostic certain ? La science a donc été englo-

bée par l'art et c'est pour cela que tous deux doivent collaborer étroitement et vivre dans une symbiose intime, indissociable.

H. PÉNAU,
Docteur ès-sciences.

MÉDECINE PRATIQUE

Les péritonites aiguës.

Les *péritonites aiguës* revêtent de multiples formes qui relèvent de facteurs variés. Nombreuses d'abord sont les causes de péritonite, et aux signes de réaction de péritoine se surajoutent les symptômes de l'infection qui en est la cause ; divers aussi son les agents microbiens qui s'attaquent à la séreuse ; le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le colibacille, les anaérobies peuvent être en jeu ; enfin, ici comme ailleurs, la question du terrain joue son importance : tel sujet résistant réagira fortement alors que, chez les cachectiques, la péritonite évoluera sourdement avec un minimum de signes locaux tandis qu'ils présentaient des symptômes généraux particulièrement inquiétants.

Pour être aussi clair que possible, nous prendrons un type clinique assez familier aux praticiens : nous décrirons une péritonite aiguë survenant de façon brutale chez un individu résistant, secondairement à un ulcère de l'estomac par exemple.

Une douleur extrêmement vive apparaît tout d'un coup en un endroit qui correspond assez sensiblement au siège de la perforation (dans la région épigastrique ici) ; et *ce coup de poignard* est tellement intense qu'il immobilise le malade dans son lit, qu'il lui fait craindre le moindre attouchement ; à plus forte raison, l'exploration médicale même très légère, l'effleurement des draps lui deviennent insupportables. Le « faciès » exprime l'anxiété, la stupeur.

Le pouls devient petit, fréquent, *mais rarement dès ce moment, la fièvre apparaît.* Mais si nous voyons le malade peu de temps après l'apparition de *la douleur* qui est le premier signe d'importance capitale, nous sommes le plus souvent en présence d'une symptomatologie très réduite.

La *palpation abdominale* révèle une douleur vive qui tend à se diffuser peu à peu. De *façon très précoce* apparaît en outre la *contraction des muscles abdominaux localisée* à la région correspondant à la perforation. *Plus tard seulement le tableau clinique se complètera* : 24, 36 heures après le début des accidents, on observera des modifications de l'état général, la température atteindra alors 38°, 39° ; *le pouls s'accélère* en même temps qu'il deviendra petit et irrégulier ; *le faciès se grippe*, exprime l'angoisse, les yeux sont excavés, les traits sont tirés. *La langue devient d'un rouge vif, se fendille.* Le malade souffre *d'une soif ardente*, mais il évite de l'apaiser tant il craint les *vomissements.*

Ceux-ci apparaissent brusquement, en fusées, *exacerbant atrocement les douleurs* ; bilieux au début, ils deviennent verdâtres à une phase plus tardive, ce sont les vomissements « *porracés,* » *qu'on ne doit à aucun prix attendre pour agir. Il est souvent trop tard* quand ils sont entrés en scène.

De bonne heure apparaît « *la dyspnée* » liée à la suppression de la respiration abdominale qui exaspèrerait la douleur si le malade en conservait l'amplitude. *Cette dyspnée s'accentuera à mesure qu'apparaîtra le tympanisme abdominal qui refoule le diaphragme.*

Le *ventre en effet se ballonne peu à peu, augmente de volume*, quelquefois même dans des proportions considérables (surtout dans les péritonites puerpérales); les anses intestinales ont perdu leur tonicité, et de plus l'intestin est le siège de fermentations anormales. A ce tympanisme est liée également la disparition de la matité hépatique, signe d'ailleurs tardif et qui n'est pas fatalement lié à une perforation intestinale.

Palpons et examinons l'abdomen.

On trouve à ce moment la peau de l'abdomen blanche et luisante, distendue. *La palpation* est difficile parce qu'éminemment douloureuse. Elle montre une contracture devenue souvent diffuse, plus nette, plus marquée, cependant au siège initial, au lieu probablement de la perforation.

Rarement, dans ces péritonites aiguës, la percussion nous révèlera de l'ascite.

Le toucher rectal devra compléter notre examen quand nous soupçonnerons une origine appendiculaire des accidents (*point douloureux maximum à droite dans le petit bassin*).

Aux vomissements s'adjoindront bientôt d'autres signes fonctionnels : la *constipation* notamment fait le plus souvent partie du cortège symptomatique des péritonites ; elle est liée à la paralysie intestinale, et *son accentuation peut être telle qu'on peut croire à une occlusion intestinale aiguë dans certains cas.* Il ne faut pas perdre de vue cependant que certaines péritonites (comme la péritonite à pneumocoque des enfants) peuvent évoluer avec de la diarrhée profuse

La *dysurie* est fréquente, elle aussi ; on note même souvent de la *rétention d'urine*, le sondage ne permettant d'évacuer qu'une quantité insignifiante d'urine, riche en matériaux extractifs, parfois présentant de l'albumine, en un mot ayant tous les caractères des *urines fébriles.* Dans quelques cas, on a même constaté de l'anurie presque complète.

Tous ces symptômes conservent leur intensité assez longtemps, quatre, cinq jours, pour régresser ensuite ; la douleur diminue, la ventre devient plus souple, les vomissements se suspendent, deviennent en tous cas plus rares ; souvent des régurgitations, du hoquet, les remplacent et annoncent alors l'issue fatale.

Mais cette rémission ne trompe pas. Les caractères du pouls ont une grosse valeur pronostique. *Tandis que la température s'abaisse, il s'accélère* ; on compte 120, 140 pulsations ; *il devient petit, irrégulier ; on ne le retrouve plus à la radiale ; dans bien des cas, il est incomptable.* L'auscultation du cœur montre un *véritable affolement* de cet organe : la dyspnée s'exagère, le facies devient nettement péritonéal, il s'émacie rapidement, les lèvres se cyanosent, les extrémités se refroidissent, se couvrent de sueurs froides, et le malade meurt en collapsus algide conservant en général son intelligence intacte jusqu'au dernier moment.


LES ÉNERGÉTÈNES VÉGÉTAUX
SUCS PURS DE PLANTES FRAICHES
CHIMIQUEMENT & PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉS
VALÉRIANE
BYLA
Suc de Valériane
SUCS DE SAUGE, DIGITALE, GENÊT, MUGUET, COLCHIQUE, GUI, CASSIS
CHAQUE FLACON 3F 50
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY, (SEINE)

En dehors de toute intervention chirurgicale, dans cette forme aiguë, la mort est la terminaison inévitable du drame, et elle survient en six à huit jours en moyenne

Il est loin d'en être toujours ainsi. Parfois les signes locaux de péritonite restent minimes, effacés; *ce sont les symptômes d'intoxication générale de l'organisme qui dominent la scène.* On dirait que le péritoine n'a pas le temps de réagir, soit que le sujet chez lequel la maladie apparaît soit profondément débilité, soit par suite d'une virulence exagérée des microbes pathogènes. L'évolution clinique est alors différente de celle de la forme précédente : la douleur initiale dure ici peu de temps, quelques heures ; elle peut même, comme dans les perforations typhiques, ne pas exister du tout. De même la contracture peut faire défaut, le ventre conserve sa souplesse, et la palpation n'y réveille pas de douleur. Seuls, dans ce cas, les signes généraux attirent l'attention, puisque les vomissements eux-mêmes peuvent manquer et que la constipation n'y est pas de rigueur.

Mais beaucoup plus vite que tout à l'heure, le faciès se grippe, revêt le caractère péritonéal ; la dyspnée s'installe rapidement elle aussi, le pouls devient fréquent, il est misérable, irrégulier et cette tachycardie a ceci de remarquable, c'est que dans ces *formes putrides*, la température ne s'élève pas au-dessus de la normale. Dans les perforations typhiques, c'est même l'hypothermie, la chute brusque de la température de 40° à 36°, 35°5, qui impressionne.

Toute l'affection est, d'ailleurs, de durée singulièrement plus brève que dans notre premier exemple.

Peu à peu, le teint devient terreux, les crises de dyspnée apparaîtront, l'anurie deviendra absolue, le malade se déprimera de plus en plus et entrera dans le coma pour mourir en collapsus algide. Et cette terminaison fatale se fera souvent très rapidement, en 1 à 2 jours. Dans ce cas, on se trouve *en présence d'une véritable septicémie péritonéale.* Entre ces deux types de péritonite, s'étagent toute une série de cas intermédiaires. Une péritonite, qui a commencé à évoluer avec des signes de réaction péritonéale intense, peut, par exemple s'aggraver brusquement, et les symptômes généraux prennent alors la première place dans le tableau clinique, la mort survenant rapidement.

Si la mort est la terminaison la plus fréquente des péritonites aiguës, elle n'est pas cependant inévitable. Nous verrons tout à l'heure dans quelle mesure l'intervention chirurgicale permet de l'éviter fréquemment, *et en outre spontanément l'affection peut évoluer vers la guérison.* L'évolution morbide dure deux à plusieurs semaines ; l'infection se localise en un point quelconque de l'abdomen, et la poche purulente, la péritonite circonscrite ainsi formée, peut s'évacuer à l'extérieur. C'est ce qui se passe dans les péritonites à pneumocoque de l'enfant. En quelques semaines une fièvre *hectique*, une *fièvre* de suppuration apparaît. La paroi abdominale s'œdématie, rougit autour de l'ombilic, puis la cicatrice ombilicale se déplisse, s'ulcère, et la guérison peut ainsi survenir. Dans d'autres cas encore, la péritonite aiguë se transforme en péritonite chronique. La température tombe, mais les épanchements localisés, les adhérences créent toute une série de symptômes fonctionnels tenaces, des troubles urinaires et surtout des obstructions chroniques.

Pendant longtemps, le pronostic de la péritonite aiguë est resté singulièrement sévère lorsqu'on n'intervenait pas chirurgicalement.

Le traitement médical, quand les accidents généraux et les signes locaux ne sont pas très intenses si le pouls est inférieur à 100 et est bien frappé, conserve son importance.

On tiendra le malade au repos absolu dans le décubitus horizontal ; on le mettra à la diète hydrique, on immobilisera l'intestin par l'extrait thébaïque, un centigramme en pilule, toutes les heures ou toutes les deux heures.

On pratiquera des piqûres de morphine, 1 centigr. toutes les 4 ou 5 heures.

On emploiera avec succès, et sans crainte de morphinomanie secondaire, le Pantopon en injections ou en sirop. On pourra par ces moyens calmer la douleur, éviter la diffusion de l'affection. On couvrira l'abdomen de larges vessies de glace qu'on renouvellera toutes les deux ou trois heures.

La soif sera calmée en recommandant aux malades les rinçages fréquents de la bouche avec de l'eau de Vichy.

Quand domine la tendance au collapsus ou à l'algidité, on remplacera la vessie de glace par des compresses imbibées d'eau froide, ou d'alcool à 90°, ou par un cataplasme sinapisé.

On donnera en outre de l'éther, de la caféine, de l'huile camphrée, du sulfate de strychnine, et *des lavements* chauds à 40° introduits lentement et à basse pression, ou des injections de sérum artificiel qui relèvent la tension artérielle et favorisent la phagocytose.

Si les vomissements persistent, on fera un lavage de l'estomac qui en triomphera dans certains cas.

Au météorisme on opposera la sonde rectale. Quand les principaux accidents se seront amendés, quand ni l'estomac, ni l'intestin ne seront en cause, on évacuera le contenu intestinal par des lavements adminis très lentement et à basse pression, ou par l'ingestion à doses fractionnées d'une eau purgative salée.

Quoi qu'il en soit, il y va de la vie même des malades de les faire bénéficier d'une laparotomie précoce quand les symptômes de réaction péritonéale sont ou ne sont pas au complet. On fera l'opération avec l'anesthésie locale de préférence à la chloroformisation. L'opération sera aussi brève que possible et consistera après la laparotomie à placer de gros drains par lesquels, seulement les jours suivants, on fera des irrigations longues et lentes qui réveillent les contractions intestinales et évitent les affections secondaires. Certains auteurs donnent même de façon précoce de petites doses de calomel. Grâce à cette méthode, grâce surtout à l'intervention précoce, la mortalité a été singulièrement diminuée dans ces dernières années.

Félix Mage.



Petite correspondance de médecine pratique

Le diagnostic de la mort réelle.

Le Docteur Carbonell, de Meudon, publie, dans le dernier numéro du *Concours médical*, un nouveau signe pour le diagnostic de la mort réelle, en constatant que l'air exhalé a une odeur cadavérique longtemps avant que la putréfaction puisse se percevoir autrement.

Il est certain que l'air exhalé a une odeur cadavérique, mais le confrère de Meudon ne dit pas à quel moment il recherche ce signe. Au bout de quelques heures après le décès, le praticien appelé à faire le constat sera suffisamment fixé par les signes certains de la mort : cessation des battements du cœur, refroidissement, perte de la contractilité des muscles, rigidité cadavérique, enfin la putréfaction. Mais la putréfaction est plus ou moins rapide ; les cadavres des nouveau-nés, les cadavres de ceux qui succombent à un empoisonnement par un antiseptique (sublimé, arsenic, etc.) résistent plus longtemps à la décomposition ; d'autre part, les cadavres des malades ayant succombé à une affection septique (gangrènes, septicémies, etc.) se putréfient très vite, ainsi que les asphyxiés et ceux qui ont été fulgurés (foudre, courant électrique à haut voltage). Dans ces cas-là, le signe de Carbonell sera de quelque utilité ; la production des gaz putrides dans l'arbre aérien étant très rapide, est aussi bien perceptible avec ou sans expression de la poitrine.

Si le constat est fait aussitôt après la mort, la recherche de ce signe est douteuse.

Un malade atteint d'un cancer de l'estomac, exhale de son vivant une odeur infecte, analogue à l'odeur cadavérique, qu'il sera bien difficile de différencier après le décès.

Il faut constater, d'autre part, que la pression exercée sur la poitrine chasse les gaz putrides non seulement des poumons, mais aussi de l'estomac.

Dans la mort par empoisonnement par une substance toxique, il peut y avoir une production de composés odorants qui masquent l'odeur cadavérique, ou la substance toxique elle-même possède une odeur *sui generis*, (essence d'amandes amères eau de laurier-cerise) qui rend improbable l'odeur cadavérique. La recherche de ce signe aura donc une valeur atténuée. Par contre, je considère le glou-glou dans les voies respiratoires comme un signe de mort réelle. On l'entend assez facilement par la simple pression de la tête sur la poitrine lorsqu'on ausculte le cœur pour rechercher l'arrêt des battements.

Dr SALLES (Dourdan).

Le régime et le traitement de la presclérose

Voici ce que recommande un de nos abonnés : Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0 gr. 25 centigr.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

La réduction du paraphimosis.

Le vieil abonné que je suis déjà vient demander au *Concours médical* l'hospitalité pour les *lignes suivantes qui pourraient paraître à la rubrique « Notes de médecine pratique »*.

Je lis dans le *Bulletin médical* un traitement du paraphimosis indiqué pour M. Pech.

Après avoir huilé l'organe tuméfié, on enveloppe son extrémité dans une masse de coton, on fait ainsi un manchon abondant qui engaine la partie œdématiée et la déborde, on prend à pleine main la verge douloureuse et on la comprime lentement, progressivement, d'une façon continue. Il faut de la patience, etc.

M. Raux, de Lorient, avait préconisé, en 1909, un procédé analogue avec le manchon de coton en moins. Ce ne sont là que des variantes du procédé de la compresse que j'emploie depuis près de vingt ans, et que j'appliquai la première fois en 1895, dans les circonstances suivantes. C'était un soir à l'hôpital civil de Nancy. L'interne de garde était Albert Husson, depuis ophtalmologiste à St-Quentin, et vice-président du Syndicat des médecins de l'Aisne. Ses commensaux étaient votre serviteur et notre ami Armand Forgues, décédé depuis. Nous étions à table depuis quelque temps lorsque dans l'encadrement de la porte de notre salle à manger, apparut la tête futée de notre serviteur Victor. Avec son ineffable accent alsacien : « Messiés, il y a dans le sâle de pansement un petit jeune homme qui ne peut plus récalotter. Foulez-vous fenir. »

Forgues se mobilisa, mais revint quelques instants après : pas mèche, dit-il. Husson et moi retournâmes avec lui à la salle de consultation.

Prenant une des compresses humides préparées pour les pansements du lendemain, j'en enveloppai l'organe tuméfié, l'empaumai par-dessous la compresse et par quelques pressions j'amenai la réduction du paraphimosis.

J'ai depuis employé ce procédé en maintes circonstances, il m'a toujours réussi.

Maintenant, comme il faut rendre à César ce qui appartient à César, je vous dirai que je ne réclame pas la paternité du procédé, il n'est pas de moi. Ce fut Armand Desprès, qui le conseilla il y a longtemps déjà, et je profite de l'occasion pour dire qu'Armand Desprès mérita mieux que le portrait que Léon Daudet fit de lui dans les *Morticoles* ; que, s'il fut un polémiste brillant, il fut aussi un opérateur habile, auquel Trousseau donna son arsenal ; que son es-

prit paradoxal lui fit mépriser l'antisepsie, mais qu'il l'appliqua, car dans son service régnait la compresse d'alcool camphré ; qu'il défendit, avec raison peut-être, les sœurs des hôpitaux, mais qu'il demanda et obtint la suppression de l'indication de religion sur le bulletin d'hospitalisation.

Dr Beuvignon,
Commercy.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Intoxication aiguë par l'emploi d'une teinture noircissante. — Traitement de la métrite par le chlorure de zinc. — Le massage dans les traumatismes du genou. — Le sérum continu intra-rectal en médecine infantile. — Le traitement médical des vomissements graves de la grossesse.

Intoxication aiguë par l'emploi d'une teinture noircissante.

Le *Journal de Médecine interne* rapporte une communication de MM. Pierrol et Martin sur ce sujet.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui fut pris d'accidents assez inquiétants, pâleur intense, coloration bleue des lèvres, dyspnée, tachycardie (120), angoisse, dilatation des pupilles, pour avoir porté, pendant deux kilomètres de marche, des chaussures jaunes qu'il venait de noircir avec 20 gr. d'une solution noire à base de couleurs d'aniline

Cette substance a un pouvoir hémolysant considérable. Elle détruit l'hémoglobine du sang. Sa toxicité tient surtout aux impuretés qu'elle contient

On peut rapprocher de cette observation l'histoire d'un homme à qui on sert dans un débit de boisson de l'huile d'aniline au lieu de la Gentiane-Suze qu'il réclamait. Il y avait eu erreur de flacon. Le sujet tomba rapidement dans le coma et mourut le lendemain à l'hôpital.

Comme conclusion, il faut se défier des teintures à base d'aniline et on ne peut que désirer l'aboutissement du vœu du Conseil d'hygiène de la Seine demandant l'interdiction absolue de cette substance pour la teinture des cuirs de cordonnerie.

Traitement de la métrite par le chlorure de zinc.

Tel est le sujet d'une clinique de M. Delbet, publiée par le *Journal des Praticiens*.

M. Delbet a substitué les injections de chlorure de zinc, à l'introduction, dans la cavité utérine, de crayons de Canquoin, qui agissent à l'aveuglette et déterminent des ulcérations profondes avec atrésie cicatricielle consécutive du canal cervical.

La technique de l'auteur consiste d'abord à anesthésier l'utérus avec une injection de 1 cmc. d'une solution de novocaïne à 5 %. Puis, on injecte dans la cavité de 2 à 4 cmc. — selon la contenance de l'organe mesuré à l'hystéromètre — d'une solution de chlorure de zinc, à 30 et même 40 %. On recommence au bout d'une semaine autant de fois qu'il est nécessaire pour obtenir la guérison. Après chaque injection, la malade doit garder le lit pendant 3 ou 4 heures, la tête basse. Pour éviter l'action caustique du liquide sur la muqueuse vaginale, on peut bourrer le cul-de-sac postérieur avec un tampon d'ouate, ou mieux, accompagner l'injection intra-utérine d'une irrigation vaginale abondante à l'eau bouillie.

En général ces injections ne sont pas douloureuses. S'il survient pourtant une douleur aiguë, elle est sans gravité et se calmera au moyen de quelques milligrammes de morphine.

Avant de recourir à ce mode de traitement des métrites, on s'assurera rigoureusement que la femme n'est pas enceinte. Il donne de meilleurs résultats que le curettage, indiqué seulement dans les avortements avec rétention placentaire, d'une technique délicate et compliquée, et qui ne donne que 10 % de guérisons, tout en exposant les femmes à l'infection de leurs annexes.

Dans la dysménorrhée douloureuse liée à l'antéflexion congénitale de l'utérus, il va sans dire que les injections de chlorure de zinc sont inutiles. En revanche, on les emploiera avec profit dans les métrites hémorragiques qui accompagnent les fibromes, s'il s'agit d'une femme avoisinant la ménopause.

Le massage dans les traumatismes du genou

Après avoir passé rapidement en revue les différents traumatismes qui peuvent intéresser l'articulation du genou, M. Joland suppose, dans le *Médecin praticien*, un cas moyennement grave de contusion ou d'entorse, à une époque assez rapprochée du début, après quelques jours de repos et d'une immobilisation relative, et il formule ainsi la technique du massage qui convient.

Le membre étant placé en rotation externe et abduction, le genou en légère flexion, maintenu par un coussin plat, on se place à droite du blessé et on procède par grands effleurages très doux et répétés avec la paume des mains et la face palmaire des doigts, sur toute la cuisse depuis la base de la rotule jusqu'au sommet du triangle de Scarpa. Au bout de quelques minutes, l'anesthésie de la région étant obtenue, on pourra appuyer un peu plus les effleurages, mais avec beaucoup de prudence, et en restant assez longtemps à distance du foyer traumatique.

La situation s'étant améliorée, on fera suivre l'effleurage exécuté comme précédemment d'un massage articulaire proprement dit : massage du

tendon rotulien, des ligaments latéraux, du système musculaire repris en détail

Dans les cas moyens, sans ruptures ligamenteuses, le blessé peut se lever à la fin de la première semaine et marcher modérément et progressivement. Au bout de deux semaines, la jointure étant sèche, et indolente, il pourra marcher deux heures par jour. Les mouvements sont nécessaires dès que les épanchements sont résorbés, la contracture musculaire et la sensibilité disparues. Il faut commencer de bonne heure et à les faire exécuter passivement. Puis, le blessé les répètera activement, et peu à peu, ils prendront de l'amplitude et l'articulation recouvrera sa souplesse et sa capacité fonctionnelle. Il faut surtout vaincre la pusillanimité du sujet et lui démontrer qu'il oppose souvent une contracture instinctive qui retarde ses progrès. Les massages seront poursuivis assez longtemps, surtout s'il existe de l'atrophie musculaire. Ils utiliseront uniquement les manœuvres d'effleurage, sans percussion ni hachures

---

Le sérum continu intrarectal en médecine infantile.

Le sérum continu intra-rectal est en vogue non seulement dans la pratique chirurgicale (méthode de Murphy), mais encore en médecine : il supplée avantageusement dans certains cas aux injections sous-cutanées de solutions toniques physiologiques.

D'après M. Lesné, qui s'en explique dans *La Clinique*, il doit prendre place dans la médecine d'enfants, en raison de la simplicité de sa technique, de son indolence, de l'absence d'accidents locaux de la méthode hypodermique. On utilise un petit bock à lavages intestinaux au tuyau duquel on adapte une sonde intestinale. On interpose sur le trajet du tuyau un robinet, ou mieux une pince à forcipressure de manière à régler l'écoulement goutte à goutte, de telle façon que l'injection de 250 cmc. demande d'une demi-heure à une heure.

On peut ainsi faire absorber à l'enfant, selon son âge, de 50 à 200 gr. et plus de solution chlorurée à 6 ou 7 p. 1000, ou de sérum glucosé à 20 ou 50 p. 1000, par jour en deux fois.

Les affections dans lesquelles l'auteur a retiré d'excellents résultats de cette méthode sont la gastro-entérite, l'entérite dysentériforme, les vomissements cycliques, l'anaphylaxie alimentaire aiguë, la fièvre typhoïde.

On peut encore charger les solutions injectées de certains médicaments tels que l'urotropine, l'adrénaline, etc., sauf les sérums antitoxiques, qui n'ont aucune action préventive ou curative quand ils utilisent la voie digestive en un point quelconque de son trajet.

BIBLIOGRAPHIE

La thérapeutique clinique des maladies de l'estomac et des symptômes associés, par L. Pron. — Maloine, édit. Paris, 1914, prix : 6 francs.

L'auteur qui a déjà publié de nombreux travaux sur les maladies de l'estomac, du foie, du pancréas, sur leur séméiologie, leurs rapports avec l'état mental et les fonctions psychiques, sur la neurasthénie, etc., aborde dans ce livre leur thérapeutique. Au lieu de considérer l'estomac comme une cornue et de faire une thérapeutique chimique et théorique de laboratoire, il se laisse guider par la clinique et se sert du système nerveux comme fil conducteur dans le dédale des gastropathies qu'il convient de soigner et de guérir.

Dans une première partie, M. L. Pron étudie l'étiologie des maladies de l'estomac et expose la dépendance de cet organe et des autres; il décrit le rôle de l'estomac dans la digestion, l'action que les aliments ont sur lui et sur le plexus solaire.

Dans une deuxième partie, il traite la question des régimes et des boissons, les divers modes et voies d'alimentation. Puis il passe en revue tour à tour les symptômes et les affections de l'estomac (hyposthénie, hypochlorhydrie, achylie gastrique, syndrome de Reichmann, ulcère, rétention gastrique, fermentations, aérophagie, dilatation, cancer, gastrites, etc.)

Enfin dans une troisième partie, il aborde le traitement des grands symptômes (douleur, vomissement, constipation, diarrhée, troubles de l'appétit et du sommeil) ; il indique les grandes médications (ferments antiacides, évacuants, médication dialytique). Il fait une large part aux eaux minérales, aux agents physiques (hydrothérapie, massage, électricité gymnastique, climatothérapie), insiste sur l'importance d'une bonne statique abdominale, du repos et de l'exercice et termine par l'exposé du traitement général tonique qui le plus souvent est indispensable.

Ce livre, très documenté, tire cependant surtout sa valeur de l'expérience de son auteur, et c'est à ce titre que nous en recommandons la lecture.

N.

CORRESPONDANCE

La statistique des diplômes de docteur en médecine.

Le *Concours médical* ne pourrait-il pas (sans nous obliger à nous reporter nous-mêmes aux autres années et faire des recherches pour les cinq dernières années) dresser un tableau, par faculté, des médecins reçus pouvant exercer en France, pour que nous puissions suivre l'évolution du nombre des médecins ? La dernière année scolaire a produit 958 médecins pouvant exercer en France.

Les médecins sont assez occupés et bien peu feront ce tableau comparatif qui peut avoir une certaine utilité.

Réponse.

Vous nous demandez de dresser un tableau des médecins reçus en France pendant les cinq dernières années.

Ce tableau pourrait sans doute être fort intéressant pour vous d'abord, puis pour un certain nombre de nos lecteurs, nombre que nous avouons n'avoir aucune donnée pour apprécier.

Mais, en voyant ce tableau, un autre de nos lecteurs pourra nous en demander un analogue portant sur les 10 dernières années, un autre sur les 15 dernières, un troisième, etc.

Nous nous trouverions dans l'obligation morale de ne pas refuser aux suivants ce que nous aurions accordé au premier demandeur, et nous tomberions dans la fantaisie.

Il est plus simple que les médecins, assez peu nombreux, croyons-nous, que cette statistique spéciale intéresse, fassent eux-mêmes les recherches nécessaires. En mettant de côté le tableau annuel que nous publions, on en notant soigneusement le numéro et la page qui le portent ; il sera bien simple et bien facile pour eux de dresser le tableau récapitulatif.

D'ailleurs, la statistique qui serait vraiment utile serait celle du nombre des médecins qui exercent réellement en France. Et elle est très difficile à faire, même à l'aide des annuaires spéciaux.

Les limites des attributions des infirmières.

Je vous envoie cette petite note prise dans un journal de Lyon et relative à la commune de M.., située à 8 k. et à 10 k. de localités où habitent des médecins. De plus, un de ces médecins vient régulièrement à jour fixe pour donner des consultations.

Installation d'une Sœur infirmière. — Grâce au dévouement de M. le curé, toujours soucieux de faire le plus de bien possible dans sa paroisse, ne reculant devant aucun obstacle lorsqu'il s'agit de rendre service à ses paroissiens, une Sœur infirmière vient d'être installée à l'hospice pour visiter et soigner les malades à domicile.

Cette infirmière était absolument nécessaire, pour ne pas dire indispensable, vu l'éloignement de tout secours immédiat, aussi était-elle vivement désirée par toute la population.

Nous ne saurions trop remercier en cette occasion M. le curé de la paroisse, qui faisant plus que de prendre l'initiative de créer ce poste d'infirmière, s'est lui-même engagé à lui assurer son traitement.

Réponse.

Toute la question est de savoir comment la sœur infirmière en question remplira son rôle.

Si elle se borne à donner des soins aux malades sous la direction et le contrôle des médecins traitants, il n'y aura rien à dire.

Si, au contraire, elle se substitue aux médecins et traite elle-même les malades en dehors de toute direction médicale, elle se rendra coupable d'exercice illégal de la médecine et pourra être poursuivie pour ce délit, si, bien entendu, la preuve des faits peut être apportée devant le tribunal correctionnel.

Comment les S. M. traitent les médecins !

J'ai l'honneur de vous envoyer ci-inclus une lettre d'un usinier de l'Est qui dépeint bien la mentalité de quelques-uns de ces messieurs au sujet des honoraires médicaux ; c'est une réponse à une lettre dans laquelle je décidai de porter mes visites à 1 fr. 50, au lieu de un franc, car j'avais à soigner des sociétaires habitant à 4 kilomètres du pays, en dehors de ceux du pays. Vous pourrez remarquer qu'elle date de 1910 : je n'avais pas voulu vous l'envoyer, à cette époque, mais actuellement, je puis le faire sans craindre les représailles de ces « puissants du jour ». Vous y verrez que « tous les médecins de France et de Navarre » s'inspirent de sentiments « humanitaires » (souligné par l'industriel). Mais ce qu'il y a d'admirable, ce sont «les renseignements confidentiels auxquels nous avons eu à répondre ! » Le médecin est donc, quant à sa réputation, à la merci d'un industriel qui l'a employé temporairement, et il est probable que l'augmentation de 50 centimes par visite que je demandais à cette époque, a dû contribuer à faire teindre les renseignements confidentiels d'une couleur plutôt sombre et peu azurée. Méfions-nous donc souvent de ces grosses têtes qui ne demandent qu'à faire de la philanthropie sur le dos du médecin. Dr H.

N. B. — Nous avons appris depuis que l'usinier signataire de cette épistole avait été promu au grade de « chevalier de la Légion d'honneur ! ». Et comment donc ! Ce doit être un ami intime de Mabilleau.

C.., le 8 décembre 1910.

Monsieur le Dr H.,

Réponse à votre lettre du 6 courant.

Si le contrat que vous avez passé avec la Société de secours mutuels de nos établissements expire seulement fin courant, c'est que vous l'avez désiré ainsi, car nous vous avons offert sa résiliation anticipée.

Ceci dit, nous ne pouvons accepter les nouvelles conditions que vous nous fixez, qui sont de beaucoup trop élevées ; TOUS LES MÉDECINS DE FRANCE et de NAVARRE qui accordent couramment leurs soins aux sociétés de secours mutuels, s'inspirant *de sentiments humanitaires*, pratiquent aux susdites sociétés des conditions favorables, et nous ne croyons pas que le taux de la visite soit supérieur à 1 fr. tandis que vous offrez vos services à raison de 1 fr. 50 la visite ; nous le regrettons pour vous et pour la société de secours.

Laissez-nous vous dire que nous ne nous expliquons pas très bien les raisons que vous avez de modifier les conditions généralement admises par tous vos collègues au profit des sociétés de secours mutuels *à la veille de votre départ de X* : les renseignements confidentiels auxquels nous avons eu à répondre

nous autorisent, en effet, à envisager votre départ comme prochain

Nous ne comprenons donc pas votre démarche, et encore moins le but visé par vous en augmentant le taux de la visite.

En terminant, permettez-nous de vous demander si vous continuerez vos soins aux sociétaires en traitement avant le 31 décembre, et ce, en exécution du contrat en cours, sinon, c'est-à-dire si vous croyez devoir abandonner les sociétaires en traitement à cette date ; sans vouloir rechercher si vous êtes fondé d'agir ainsi, nous devrons, ce que nous vous prions de bien vouloir noter, afin d'éviter tout malentendu ultérieur, laisser le soin aux sociétaires de vous régler directement vos honoraires, la Société leur allouant par visite l'indemnité habituelle de 1 franc.

Réponse.

Pourquoi vous étiez-vous embarqué dans cette galère ? Pourquoi aviez-vous auparavant accepté un forfait ? Pour avoir un noyau de clientèle tout assuré et pour n'avoir pas de livres de comptes à tenir.

Toujours la loi du moindre effort ! Le médecin ne gagne pas sa vie parce qu'il ne se préoccupe pas assez du côté matériel de sa profession. Il ne sait pas calculer la différence entre le prix de revient et le prix de vente de l'acte médical, différence, c'est-à-dire profit, dont il doit vivre.

Et le jour où le praticien s'aperçoit qu'il a fait un marché de dupe en dépensant plus en frais généraux que ce qu'il gagne, il réclame auprès de ceux qui se considèrent comme ses employeurs, gens malins qui méprisent ceux qui ne savent pas gagner de l'argent. Pauvres médecins, hommes de cœur et de dévouement !

Heureusement que les Syndicats sont créés pour défendre la profession.

Toujours les charlatans.

Je vous adresse avec mes remerciements pour votre Agenda-Memento de 1914, qui continue dignement la série de ses aînés, mon abonnement pour l'année courante. Vous trouverez sous ce pli un mandat-poste de 12 francs.

Pour faire suite à votre correspondance du 21 décembre 1913 sur le charlatanisme, je cueille à votre intention une perle extraite d'un placard qui vient d'être affiché à plusieurs exemplaires sur les murs d'une sous-préfecture et tout humide encore de l'encre d'imprimerie.

République Française.
Ville de M....
Département d'......

Tarif des droits de place, étalage et de pesage.

Etabli par les délibérations du conseil municipal en date du 14 novembre et du 29 décembre 1913 et approuvé le 18 novembre et le 30 décembre par M. le préfet d'...

....

....

Charlatans, dentistes, empiriques, somnambules, batteleurs et spectacles forains, par jour et par emplacement .... 3 fr.

....

....

Pour extrait conforme, pris en mairie le 29 décembre 1913, en vertu des délibérations du conseil

municipal, approuvé le 30 décembre 1913 par M. le préfet d'............

Le maire,

....

Je ne voudrais pas affaiblir par un long commentaire la saveur de ce document. Si les membres d'une municipalité peuvent encore ignorer que l'exercice de la médecine et de l'art dentaire sont régis par des lois, n'est-il pas piquant de voir le premier administrateur du département, chargé de veiller à l'application des lois concernant la médecine, l'assistance et l'hygiène, prendre sous sa protection les sorciers. Dr C.

Réponse.

De grâce, envoyez-nous une de ces affiches ou une photographie.

Nous verrions alors ce qu'il serait juridiquement possible de faire.

En avez-vous parlé à votre secrétaire de Syndicat ? Et pourtant, votre groupe est un des vaillants champions dans la lutte contre les illégaux, puisqu'il a déjà obtenu des condamnations retentissantes

Il serait piquant de demander par la voie administrative ou politique à M. le préfet ou à M. le maire la définition du mot « charlatans » et de celui d' « empiriques ».

Le médecin de campagne doit-il avoir quelques notions pratiques sur toutes les spécialités ?

Permettez-moi de vous soumettre le fait suivant que je viens d'observer en ma qualité de radiologiste.

Il y a 4 ou 5 mois un malade atteint de leucémie est venu me trouver dans un état de cachexie très avancé. Il était condamné à brève échéance par ses deux médecins traitants.

Actuellement, ce malade s'est si bien trouvé de la radiothérapie qu'il demande à reprendre son travail. Il sait qu'il n'est pas guéri, mais que le traitement suivi peut lui procurer une survie assez longue.

Je l'ai revu aujourd'hui et comme il manifestait son indignation contre ses médecins, selon lui sans conscience et intéressés, j'ai essayé de défendre mes confrères en lui parlant de la nouveauté de ce traitement qui est encore peu connu, etc.

Sur ce, mon malade m'a répondu que pareille chose n'était pas vraie, que lui-même avait été amené chez moi par la lecture d'une petite encyclopédie (d'un Larousse, m'a-t-il dit) qu'il avait chez lui depuis 5 ans. Et il me montra en effet l'article en question qu'il avait copié. En quelques lignes très claires et très nettes, le diagnostic, le pronostic et le traitement radiothérapiques y étaient assurément fort bien décrits. *Mon malade ne pouvait admettre que ses médecins aient moins de connaissances que son Larousse,* aussi leur en voulait-il du dommage causé.

Certains de nos confrères ne craignent pas de nous dire avec franchise qu'ils ne sont nullement au courant des beaux résultats obtenus par l'emploi des agents physiques et, pour moi, ce n'est malheureusement pas la première fois que j'ai l'occasion d'entendre des plaintes comme celles d'aujourd'hui, ce qui est fort désagréable pour tous.

Ne croyez-vous pas, mon cher confrère, que le *Concours médical*, qui nous apprend tant de choses que la Faculté nous a toujours laissé ignorer, pourrait rendre service aux praticiens en publiant plus souvent dans ses articles de médecine pratique quelques lignes sur les principales applications des agents

physiques à la thérapeutique courante. Cela permettrait d'éviter que des médecins fussent moins bien renseignés que leurs malades sur ces divers modes de traitement.

Si vous le jugez à propos, je pourrai de temps à autre vous adresser quelques articles de vulgarisation de physiothérapie. Dr D.

Réponse.

Nous avons bien souvent défendu l'idée suivante, c'est que le médecin devrait savoir se servir de ses dix doigts. Aussi, le véritable praticien devrait avoir une teinture de toutes les spécialités de l'art de guérir. Que de fois un médecin a dû sa réputation à un diagnostic précis, établi grâce à ses connaissances en spécialités, alors que ses voisins avaient jusqu'alors erré dans leurs hypothèses.

Que de fois également, un praticien de campagne, ayant chez lui une installation rudimentaire, mais lui permettant de pousser à fond un diagnostic, a rendu un très grand service à son malade, en le dirigeant à temps chez le spécialiste de la grande ville.

Mais, disons-le de suite, la faute n'en est pas toujours imputable aux médecins praticiens. A la Faculté, on leur a appris des quantités de choses théoriques ; à l'hôpital, ils ont fréquenté les services de chirurgie et de médecine, en délaissant les services de spécialités, sauf lorsque dans leur jury du second cinquième, il y avait un oculiste ou un laryngologiste.

Il appartiendrait donc aux spécialistes de faire dans les journaux médicaux des articles de vulgarisation pour apprendre aux médecins praticiens ce qu'ils doivent savoir en spécialité, ce qu'ils peuvent faire eux-mêmes et surtout ce qu'ils ne doivent pas faire.

Aussi, accepterons-nous avec plaisir les articles que vous voudrez bien soumettre à notre conseil de rédaction.

Puissent également vos confrères des autres branches de la spécialité ne plus rester dans leur tour d'ivoire et se faire les éducateurs non officiels de leurs confrères en médecine générale ! Ceux-ci ne sont-ils pas les véritables pourvoyeurs des cabinets des spécialistes ? Mieux instruits, ils sauront rendre service à leurs clients en leur conseillant de voir à temps celui qui pourra les guérir ou les soulager.

Appréciation du tarif kilométrique en clientèle ordinaire.

Dans l'excellent Agenda-Memento du praticien 1914, page 53, on lit ceci : « ..... Mais si l'on nous fait sortir des limites de la clientèle, l'indemnité de déplacement doit devenir une arme de protection réciproque entre nos mains contre les appels non fondés hors de notre rayon, et toutes exigences capricieuses du public. Celles-ci, en effet, portent un préjudice au médecin titulaire de la clientèle où se trouve le malade, si on ne l'appelle pas ; elles en portent également au confrère que l'on fait venir du dehors, l'éloignant de ses occupations ordinaires. C'est donc accorder, à l'un et à l'autre, une légitime

compensation, que d'adopter en ce cas le chiffre de 1 franc par kilomètre.... etc. »

Ces raisons énumérées nous semblent insuffisantes, et c'est parce que la question intéresse au plus haut point les médecins de campagne que nous avons jugé utile de la soumettre à tous les lecteurs du *Concours*

Pour notre part, nous considérons le libre choix du médecin comme un droit appartenant aussi bien aux malades payants qu'aux mutualistes, aux accidentés du travail et aux assistés. Pourquoi dès lors contraindre ceux-là à être soignés par le médecin le plus rapproché s'ils n'ont pas confiance en lui, en eur faisant payer une indemnité kilométrique double?

Si un médecin éloigné de six kilomètres prend 16 francs pour une visite que son confrère éloigné seulement de 2 kilomètres fait pour 4 francs, il ne peut venir à l'idée de personne de considérer le premier comme un concurrent déloyal. La distance plus grande suffit, en augmentant le prix de la visite, à défendre les intérêts du médecin le plus rapproché. Il ne s'agit pas de monopoliser une clientèle mais de sauvegarder avant tout le droit absolu pour un malade de se faire soigner par le médecin qui lui inspire confiance, sans être contraint, par un règlement injuste, à payer une véritable amende.

Nous prions les confrères qui voudront bien prendre part à cette discussion de se placer sur le terrain de la critique pure et des idées générales en s'élevant au-dessus des incidents personnels ou des questions d'amour-propre.

Voici les réflexions que nous avons cru pouvoir faire à ce sujet, et que nous vous prions de vouloir bien insérer dans les colonnes du *Concours*. Dr E.

Réponse.

Nous n'avons pas la prétention de fixer, soit dans nos articles, soit dans notre Agenda, une règle de conduite immuable et applicable à toute la France. Nous ne donnons que des indications d'ordre très général.

Mais, il appartient à chaque syndicat local de régler, en toute liberté et connaissance de cause, ce qu'il croit être juste et équitable pour sauvegarder à la fois les intérêts du malade et ceux du médecin.

Ici, où la population est peu dense, les médecins seront éloignés les uns des autres et votre raisonnement est parfait : chaque praticien devra appliquer strictement le tarif kilométrique, et le client, qui paie, choisira qui bon lui semblera, pourvu que ce ne soit pas à un tarif rabaisien.

Là, il y a pléthore de médecins : le rayon est très limité, l'indemnité kilométrique est très faible, ou même presque nulle.

Les médecins peuvent alors s'entendre entre eux pour se fixer approximativement des rayons d'influence, pour éviter que certains confrères fassent de véritables tournées avec leur automobile, aillent s'offrir à domicile, dans les différents villages, au détriment d'autres praticiens, plus raisonnables, qui ne peuvent pas s'imposer les frais généraux d'un auto, puisque le rayon de leur clientèle est peu étendu.

Questions d'espèce, questions d'opportunité, questions de bonne confraternité, qui seront solutionnées par le seul Syndicat local.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Les Obsèques du Dr JEANNE

Un temps gris de Toussaint, un ciel blafard et bas, une brume opaque qui s'épaissira peu à peu pour ruisseler en pluie torrentielle ; là-bas, la plainte monotone de l'Océan...

A l'heure où nous rendons au Dr Jeanne les derniers devoirs, la Nature s'est mise à l'unisson de notre peine ; elle a pris le deuil, et comme nous, pleure. *Sunt lacryma rerum* !

Tout Agon est présent, pour accompagner jusqu'au seuil du tombeau l'enfant du pays qui a voulu dormir son éternel sommeil à l'ombre de l'humble clocher natal. Là, en effet, lorsque le vent du large viendra gémir dans les noirs cyprès, gardiens des tombes, quand la poussière argentée des embruns répandra sur toutes choses sa saine amertume, sa dépouille tressaillera d'aise,comme aux temps lointains, où,penché sur la proue du navire qui l'emportait à travers le monde, — comme aux temps plus proches où, assis au bord du rivage, au cours des légitimes repos dont il entrecoupait son labeur acharné, il contemplait de son œil de marin la houle légère des temps calmes ou la poursuite affolée des vagues monstrueuses de la tempête.

Derrière la famille, Gassot, Maurat, Diverneresse, Boulanger, Paul Cézilly, représentant le *Concours médical*, font la suprême escorte à son regretté Directeur. Bertillon, Président du Syndicat de Versailles représentant son Syndicat, l'Union des Syndicats et le Syndicat de la Seine, Viaud, maire d'Agon, etc., les accompagnent.

***

Les dernières prières dites, Maurat prend la parole en ces termes :

Mesdames,

Messieurs,

Ce n'est pas sans une grande émotion que je prends la parole, au nom du Conseil de Direction du *Concours médical*, pour adresser un dernier adieu à celui qui, pendant près de vingt ans, fut notre compagnon de luttes et de travail, et sous la direction duquel nous nous étions volontairement rangés, rendant ainsi un hommage mérité à la droiture de son caractère, à sa puissance de travail, à sa bonté et à sa courtoisie qui, de tous nos confrères qui l'avaient approché, composèrent rapidement une phalange d'amis reconnaissants et dévoués.

Hippolyte Jeanne, notre ami regretté, était né en 1853, et après de brillantes études, s'était fait recevoir en 1871 à cette école renommée de médecine navale de Brest, pépinière de travailleurs, d'où sont sortis plus tard, dans la médecine civile, tant de confrères distingués. Il y fit de solides études chirurgicales, en sortit en 1875 avec le titre d'aide médecin de marine, fit avec honneur la campagne de Chine, fut nommé médecin de 2e classe en 1878, et, passant ses examens entre deux embarquements, menant de front son service militaire et ses études médicales, il compléta par un travail opiniâtre son bagage scientifique, de façon à conquérir en 1883 son titre de docteur en médecine devant la Faculté de Paris.

Mais, quelque attaché qu'il fût à son devoir militaire, le Dr Jeanne supportait cependant avec impatience une discipline qui mettait obstacle à son besoin d'activité ; aussi donna-t-il sa démission à la fin de l'année 1883 pour venir s'établir comme médecin praticien à Meulan, en Seine-et-Oise, où il ne tarda pas à conquérir l'estime et l'affection de ses confrères et de ses concitoyens.

Au bout de quelques années, il épousa, en 1885, celle qui fut depuis la compagne assidue et dévouée de sa vie de médecin de campagne, et qui, dans les luttes quotidiennes de l'existence, soutint son courage par la plus vive et la plus intelligente affection. Hélas ! la mort brutale vient de briser, par un coup imprévu, cette affection si vive, et laisse cette compagne méritante, seule et désolée, dans ce logis où s'écoula leur vie si unie et si douce, mais que, malheureusement, aucun sourire d'enfant ne vint illuminer de sa joie.

Après avoir quitté le service militaire, libre enfin de toute contrainte et poussé par cet altruisme qui le porta toujours à rechercher pour le Corps médical tout entier une amélioration morale et matérielle nécessaire, le Dr Jeanne ne tarda pas, bien que dernier venu, à acquérir par ses qualités remarquables, une grande influence sur les confrères de son département. Il parvint à les grouper dans le premier Syndicat médical modèle, vraiment digne de ce nom, le Syndicat de Versailles, dont il devint président, et fut le promoteur de l'étude et de la mise en œuvre de la plupart des questions de médecine sociale qui sont actuellement encore en discussion.

Entre temps, poussé par son besoin d'activité inlassable, il était entré en relations avec le fondateur vénéré du *Concours médical*, le Dr Auguste Cézilly (un autre évadé de la médecine navale), qui n'eut pas de peine à apprécier toute la valeur de notre ami, auquel il confia en 1898 les fonctions de rédacteur en chef de son journal, le désignant ainsi au choix de ses collaborateurs, quand il fallut lui choisir un successeur comme directeur de cette importante Société.

La simple énumération des travaux du Dr Jeanne serait trop longue pour pouvoir être faite ici ; je me bornerai donc à signaler que rien de ce qui a trait à la défense des médecins ne lui fut étranger, et que, dans toutes les Sociétés médicales dont il fit partie, aussi bien que dans les Commissions gouvernementales où il fut envoyé par la confiance de ses confrères, il apporta toujours la marque spéciale d'un esprit original, pondéré et expérimenté. La disparition prématurée de cet excellent ami est un véritable malheur pour notre Société qu'il dirigeait avec tant de maîtrise, et aussi pour le Corps médical tout entier, qui se ressentira longtemps de cette perte.

J'ai dit tout à l'heure que les enfants avaient manqué au bonheur de ce ménage modèle qu'étaient M. et Mme Jeanne, mais leur bonté était telle, et leur besoin de se dévouer si grand qu'ils ont su trouver dans leur entourage des neveux et nièces qu'ils ont aimés comme leurs enfants, dont ils ont surveillé et dirigé l'éducation avec un soin jaloux et auxquels ils ont ouvert une voie honorable et utile, dans laquelle ils marchent maintenant à grands pas. Ce n'est pas dans ce pays d'Agon, qu'ils aimaient tant, et qui les a vus à l'œuvre, que j'aurais à signaler cette bonté et cet amour de la famille que chacun de vous connaît.

Je sais bien que cette pauvre veuve, maintenant seule et désemparée, ne pourra jamais oublier son compagnon fidèle, enlevé si subitement en pleine santé et en plein bonheur, mais j'espère que ces enfants reconnaissants, groupés autour de celle qui fut pour eux une véritable mère, lui apporteront au moins une consolation dans l'isolement où elle se trouve plongée, et je désire de tout mon cœur que les quelques paroles d'affection que je viens de prononcer sur la tombe encore ouverte de notre ami, apportent aussi un adoucissement à son chagrin profond que nous partageons tous avec elle.

Jeanne, mon cher camarade, au nom de tous nos amis du *Concours médical*, adieu !

* * *

Le docteur Bertillon prononce ensuite le discours suivant :

Mesdames,

Messieurs,

C'est au nom de trois Associations médicales qui ont à des titres divers un tribut de reconnaissance à donner à la mémoire de Jeanne que je viens ici apporter le dernier adieu à notre ami. La plus puissante est l'Union des Syndicats médicaux de France, vaste fédération qui groupe plus de sept mille médecins répandus sur toute l'étendue de notre territoire. J'ose dire que parmi eux tous, il n'y en a pas un pour qui la mort de Jeanne ne soit un deuil véritable, tant sont grands les services qu'il rendit à notre profession, et si tous ceux qui le pleurent aujourd'hui étaient ici, combien nombreuse serait la foule des médecins pressés autour de cette tombe ! Si nous sommes là si peu, il n'en faut pas accuser nos camarades d'ingratitude, oh non !... mais les difficultés insurmontables qu'il y avait pour chacun à interrompre le labeur de chaque jour pour venir de très loin, dans cette dure saison, en ce coin de France lointain, et cela, rapidement, tant a été soudain et combien imprévu ce grand malheur !

J'aurais à évoquer les mêmes sentiments, les mêmes regrets, et aussi les mêmes obstacles pour le Syndicat des médecins de la Seine, dont les quinze cents confrères me chargent d'apporter ici leurs hommages de gratitude, de reconnaissance profonde pour la mémoire de Jeanne.

Si celui que nous pleurons peut m'entendre, je ne doute pas que tant d'hommages venus des points les plus reculés de la France entière ne lui soient agréables, au sortir d'une vie consacrée tout entière au relèvement de la profession médicale ; mais, ce dont je suis sûr, c'est qu'en venant ici au nom du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles, petit Syndicat d'un coin de Seine-et-Oise où Jeanne exerça la mé-

decine pendant vingt ans, j'évoque pour lui des souvenirs bien doux et bien chers ! Pourquoi ? Parce qu'il y a là un petit groupement de médecins qui constituait pour Jeanne une sorte de famille morale, qu'il aimait et chérissait comme on aime un enfant pour lequel les sacrifices n'ont pas été comptés. C'est en effet là que, pendant plus de dix ans, il fit une sorte d'apprentissage de cet apostolat qui devait remplir sa vie entière, à savoir : unir fortement le Corps médical. La tâche était en cet endroit et en ces temps lointains, il y a presque trente ans de cela, la tâche était, dis-je, particulièrement difficile. Les médecins étaient en Seine-et-Oise complètement désunis, sans aucun lien de cohésion, peut-être bien à cause du voisinage de Paris. J'ai été témoin des efforts constants, patients et tenaces de Jeanne pour vaincre l'individualisme médical de cette région. Rien ne le rebutait, ni l'indifférence des uns, ni l'égoïsme des autres, ni le mauvais vouloir, ni même les sarcasmes.

Il mit dix ans à grouper dans sa presque totalité le Corps médical de l'arrondissement de Versailles. Ce résultat paraîtra peut-être de peu d'importance. Erreur ! car c'est là, en ce petit centre et dans cette période de sa vie que Jeanne développa ses qualités natives, qu'il devait montrer plus tard sur un champ d'action beaucoup plus vaste, qualités d'entraîneur d'hommes, de pasteur du troupeau médical, d'organisateur des luttes corporatives.

C'est là, tout près de moi, puisque nous étions voisins, que j'ai pu admirer chez lui l'harmonieux ensemble de qualités si opposées, et dosées en quelque sorte justement pour le conduire au succès dans toutes ses entreprises : une âme généreuse, ouverte à tous les beaux sentiments qui honorent l'homme, une combativité ardente mais tenace et toujours éclairée par la pure lumière d'un esprit avisé, qui était tout ensemble, au gré des circonstances, ferme ou souple, grave ou charmant, séduisant même, animé qu'il était par cet unique et constant idéal : Faire l'union des médecins. Tel fut Jeanne, son nom demeurera, parmi tous les médecins de France, aimé et vénéré.

***

Le Dr Viaud, maire d'Agon, s'exprime à son tour comme suit :

Mesdames,

Messieurs,

L'homme que vous venez d'accompagner au lieu de son éternel repos fut de ceux chez qui brillent du même éclat les dons de l'esprit et les qualités du cœur. Ce que furent l'étendue et la vivacité de son intelligence, la rectitude de sa raison, la force de sa volonté, d'autres vous l'ont dit avec toute l'éloquence et l'émotion de compagnons de lutte, éplorés mais non point abattus.

Pour nous, habitants de sa petite patrie, qui étions, les uns ses compatriotes, les autres ses concitoyens, tous ses amis, il nous semblait qu'il y eût chez lui comme une coquetterie à se montrer plus modeste et plus réservé qu'il ne seyait à sa grande valeur. Il mettait un soin peut-être excessif à ne pas dévoiler l'étendue de sa culture intellectuelle et à ne pas montrer son précieux bagage professionnel. Ce que nous perdions assurément de ce côté, nous le gagnions peut-être par ailleurs : ses qualités de tendresse, en effet, la fidélité de ses affections, sa joie de vivre ici uniquement pour autrui, la satisfaction qu'il éprouvait de s'y dépenser et d'y être utile, la joie qu'il avait de voir le bonheur des autres et d'y contribuer, sa générosité, sa charité, tout ce que son âme renfermait de noble et de beau, tout son cœur n'en resplendissait que mieux au pays d'Agon.

J'aurais mauvaise grâce, Messieurs, à prétendre vous rappeler qu'il appartenait tout entier par ses origines — et par des origines lointaines — à notre chère commune ; que, par sa mère, il descendait d'une famille de marins qui a donné deux amiraux à notre flotte de guerre, que sa lignée paternelle le rattachait à la marine du commerce, et que son père et son oncle furent de cette nombreuse et vaillante génération de capitaines au long cours qui fut, voilà moins d'un demi-siècle, la richesse et la gloire d'Agon.

Aussi bien, la première partie de sa vie d'homme fut-elle consacrée à la marine. Et dès cette époque, déjà lointaine, hélas ! tout le temps qu'il ne passa pas, en médecin, sur la mer, il vint ici, en ami, le consacrer à ses amis et à ses proches. Ses séjours y furent plus prolongés quand il renonça à l'épée du chirurgien de la marine pour saisir d'une main ferme et ne jamais plus lâcher — tout en se consacrant à sa belle profession — la plume, ce qu'il aimait le plus au monde, sa vaillante plume de journaliste médical.

C'est de cette époque que date notre amitié.

Voilà plus de vingt ans, mon cher et grand ami, que nos mains s'étreignirent pour la première fois. Que de longues causeries depuis ! Confessons que le *Concours médical*, votre œuvre vivante, tint peu de place dans nos entretiens parce que, évidemment, vous saviez que si vous aviez beaucoup à enseigner à mon inexpérience, vous aviez peu à apprendre à ma bonne volonté.

Et puis, *vous* dépouilliez si bien l'homme de Paris que vous n'aviez plus de pensées que pour Agon que vous rêviez toujours plus grand, toujours plus beau, toujours plus prospère, toujours meilleur.

Messieurs, jamais on ne fit appel en vain au concours et au dévouement du docteur Hippolyte Jeanne. Sa générosité, sa charité s'offraient d'elles-mêmes. C'est à lui que nous devons le vaste immeuble communal qui non seulement sert de local à notre Dispensaire, mais trouve encore le moyen d'abriter, outre un service d'hygiène, notre cantine scolaire. Et plus tard, quand fut créée cette Société des Amis des Ecoles laïques, qui a rendu tant de services depuis, qui a distribué tant de secours aux moins heureux de nos enfants, qui a donné aux autres des fêtes, du plaisir et de la joie, qui fut fondée dans le but d'être un encouragement et un guide sûr pour tous les jeunes élèves de nos classes, un seul homme parut digne par dessus tout d'en être le Président. Ce fut le docteur Jeanne.

Enfin, quand obéissant à de nobles préoccupations, quelques-uns d'entre nous décidèrent de faire naître et — ce qui est plus difficile — de faire vivre une Société de Tir et d'Instruction militaire, une des premières adhésions, la plus généreuse en tout cas, fut celle de celui que nous pleurons.

C'est que, parmi toutes les vertus dont s'ornait son cœur, la générosité fut par excellence la qualité dominante de notre ami. Elle n'était pas une vulgaire parure qui s'étale. Elle était un joyau familier dans un écrin clos. Et ceux qui l'ont connu vraiment, n'en ont aimé que plus, que mieux, que plus profondément, le Dr Jeanne.

Mon cher Ami, mon cher Président de la Société des Amis de nos Ecoles, vous connaissiez la terre d'Agon et vous saviez qu'elle est féconde. L'exemple que vous y avez semé ne sera pas perdu. En votre souvenir et pour tout le bien que se proposait votre effort, nous travaillerons à perpétuer votre volonté réfléchie et profondément bonne. Nous nous inspirerons de vous. Nous ne saurions mieux commencer qu'en assurant de notre très douloureuse sympathie et qu'en entourant de notre bien respectueuse affection la compagne affligée qui, si dignement, marcha toujours à votre côté. Lorsque parvint la nouvelle de son immense malheur, notre première commisération alla vers elle et, maintenant, notre dernière pensée est à nouveau pour elle comme elle fut certainement votre dernière pensée.

***

Et ce fut fini pour jamais ! La pelletée de terre qui retentit lugubrement sur les restes de notre ami fut le suprême geste d'adieu où nous avons mis tout notre cœur, toute notre affection, tous nos regrets.

La vie reprendra son cours..... Mais nous mesurerons longtemps encore le vide causé parmi nous par cette fin prématurée et inattendue. Et longtemps encore, aux heures difficiles, nous évoquerons le souvenir de celui qui fut le pilote avisé et bienfaisant du *Concours médical*, et qui ne sera plus là pour nous donner l'appui de son autorité et de ses conseils.

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Considérations juridiques de la question.

Pour bien comprendre l'incompatibilité absolue entre les deux fonctions qu'est appelé à remplir le médecin, lorsqu'il doit à la fois défendre les intérêts privés du malade et les intérêts collectifs de la nation, il faut faire une rapide incursion dans le domaine du droit, et considérer les différentes situations juridiques qui découlent des multiples fonctions médicales.

1° *Position de la question.*

a) *Vis-à-vis des clients et des collectivités privées.*

Le médecin se place sous l'empire du droit commun, dans ses rapports avec ses malades ou avec les collectivités privées (mutualités, assurances, etc.), qui se sont chargées de faire donner des soins à leurs membres.

C'est donc sur un pied d'égalité que le médecin pourra traiter : à lui de voir s'il doit ou non accepter les conditions de travail qui lui sont offertes. Nul n'est obligé de donner ses soins à qui que ce soit, ni d'accepter d'être médecin de mutualités ou de compagnies d'assurances

Bien plus, les syndicats médicaux décident d'appliquer certains tarifs d'honoraires, qui sont affichés et portés à la connaissance de ceux qui voudront avoir recours aux soins du médecin.

Pour faire respecter sa liberté, son indépendance vis-à-vis de ses clients de toutes sortes, le praticien fait appel aux lois qui, pour la plupart sont réunies en codes et ne sont que la cristallisation de règles et de coutumes plusieurs fois séculaires

Ce droit, à peu près stable, indique donc à chacun où commence et où se termine sa liberté individuelle d'homme vivant en société.

orrespondance hebdomadaire (*Suite*).

avant la Cie. Quelle est la marche à suivre ? Que conseillez-vous ?

Réponse. — Le délai de revision est de trois ans à compter de l'accord intervenu entre les parties, soit en l'espèce qui vous intéresse, à compter du 31 janvier 1912 (art. 19 de la loi du 9 avril 1898).

La victime n'est pas contrainte d'attendre que le patron ou son représentant demande la revision. Elle a le droit, comme lui, de la demander.

Si donc il existe une aggravation de l'incapacité, dans le cas que vous nous soumettez, le rentier peut demander la revision.

Mais s'il n'y a aucune aggravation et si l'incapacité, que l'expert croyait devoir être temporaire, demeurait simplement permanente, il n'aurait pas à demander la modification de sa rente, qui lui a été attribuée à titre viager.

Nº 67. — Dr D., à M. à *Concours.* — J'ai été appelé à donner mes soins, il y a quelque temps à un bûcheron qui venait de se briser le tibia en gare de M. J'ai réduit la fracture, appliqué un appareil et ce dernier a été transporté à W. commune où il habite et distante de 6 kilomètres. Cette commune que je ne visite pas régulièrement possède un médecin. Or, ayant continué de traiter le blessé sur sa demande, combien dois-je compter mes visites à W. dois-je appliquer le tarif kilométrique à chacune de ces visites ?

Réponse. — Si le bûcheron blessé est garanti par les lois spéciales sur les accidents du travail et si c'est lui qui vous a appelé, vous ne pouvez exiger de son patron le paiement de vos honoraires que d'après le Tarif Dubief et ne pouvez compter aucune indemnité kilométrique, puisqu'il y a un médecin dans la commune où vous avez donné vos soins.

Si vous avez été choisi par le patron, ou si l'accident tombe sous l'empire du droit commun, ce qui existe souvent pour un bûcheron considéré comme un ouvrier agricole, vous pouvez compter vos honoraires d'après votre Tarif ouvrier local et prendre pour votre déplacement l'indemnité que vous prenez habituellement pour vous rendre dans la localité dont il s'agit.

Nº 166. Dr C. à « Sou Médical ». — Vous m'obligeriez de vouloir bien me

Suite page XX VIII.

b) Vis-à-vis des administrations publiques et des établissements publics.

La situation est alors toute différente. Ici, plus de variétés dans les règles à suivre : des lois nombreuses, touffues, contradictoires et sujettes à modifications. Le droit administratif ne peut pas être codifié, car il est appelé à se transformer tous les jours, selon les règlements, les décrets, les circulaires, émanant des personnalités ou des collectivités de hiérarchie diverse.

Les droits du citoyen sont, en cette matière, moins compètement garantis, parce qu'ils se heurtent à une réglementation à la fois variable et émanant de l'autorité même à laquelle revient l'examen des litiges nés de ses propres actes.

En effet, alors qu'en droit privé, un citoyen lésé peut facilement appeler son adversaire devant ses juges naturels et comparaît devant un tribunal sur un pied d'égalité (du moins en théorie) vis-à-vis de son adversaire, il n'en est plus de même en droit administratif.

En effet, le magistrat de l'ordre judiciaire ne fait que rendre la justice ; il ne fait pas les lois, il les applique ; il ne fait pas de règlements : il surveille simplement l'observation de ceux créés par l'autorité administrative, sans même pouvoir en donner l'interprétation, celle-ci étant du domaine exclusif de la juridiction administrative.

Parmi les magistrats d'ordre administratif, au contraire, il en est qui sont et avant tout des administrateurs chez lesquels les fonctions délibérantes, exécutives et judiciaires, sont réunies dans les mêmes mains, tel le préfet ou le ministre ; ou bien, chez les autres, c'est-à-dire dans les conseils de préfecture, et au Conseil d'Etat, on peut craindre que l'esprit administratif ait tellement pénétré le juge que celui-ci subisse l'influence du dehors. Or, tout conflit d'ordre administratif, toute action contre un fonctionnaire ne peut recevoir sa solution devant les tribunaux de droit commun, mais uniquement devant la juridiction administrative.

Le citoyen risque donc de se heurter à la puissante machine administrative, sans compter que les complications des règles de compétence devant la juridiction administrative exposent le justiciable à des lenteurs et des difficultés qui équivalent fréquemment à des dénis de justice. On doit observer également que l'administration pousse très loin son esprit d'indépendance, par rapport au pouvoir judiciaire, puisqu'on peut dire que tous les conflits d'ordre administratif sont solutionnés selon cette formule que juger, c'est encore administrer.

D'ailleurs, le Conseil d'Etat se considère comme un administrateur suprême, supérieur aux ministres, et ses arrêts ne sont pas des décisions juridiques, mais plutôt la réformation d'actes administratifs par un supérieur hiérarchique.

2° *Contrats, conventions, obligations.*

a) Leur formation.

En droit privé, deux personnes peuvent faire telle convention et peuvent s'obliger entre elles, à leur fantaisie (sauf à donner toujours à l'objet de leur convention une cause réelle et licite). D'après l'article 1134 du code civil, ces obligations tiendront lieu de loi entre les parties.

En droit administratif, il n'en est plus de même : jamais, par exemple, le corps médical n'a été appelé à donner son avis sur les conditions de mise en pratique des lois d'assistance ou d'hygiène. Le conseil général et le préfet décident que les indigents seront soignés à tel tarif, qui est imposé aux médecins qui acceptent d'assurer le service de l'A. M. G. De même les vaccinations seront faites d'après un prix fixé par l'administration départementale ; de même encore, pour les enfants assistés, la protection du premier âge.

b) Leur exécution.

En droit privé, l'exécution des conventions sera garantie par l'appel devant le juge compétent de la partie qui a manqué à ses engagements. Il y a contrat bilatéral, synallagmatique, et chacun doit observer strictement les obligations qu'il a contractées.

En droit administratif, tous les contrats ne sont pas bilatéraux, mais le plus grand nombre sont unilatéraux. Bien souvent, par un acte de puissance publique, en vue de la parfaite exécution des règlements administratifs, le préfet nomme, mais sans contracter dans les termes du droit commun avec ceux qu'il charge d'exécuter un travail ou une fonction quelconque.

Néanmoins, nous pourrions entrer ici un peu dans le détail et faire des différences selon les personnes administratives qui se trouvent en présence du médecin.

Une hiérarchie doit s'établir : l'Etat, ou plutôt le Gouvernement, est détenteur de la puissance publique. Il ordonne, il gère au nom de la collectivité tout entière. Si besoin en est, il emploiera le droit de contrainte pour que l'individu cède devant l'intérêt collectif de la nation.

Au-dessous du Gouvernement, se trouve le pouvoir départemental, préfet et conseil général, moins puissants, puisque soumis à la direction du pouvoir central.

Plus bas, les maires et municipalités, qui, bien qu'ayant une certaine indépendance quant à l'administration du domaine commun, se trouvent néanmoins soumis à la tutelle de la préfecture.

Enfin, à l'échelon inférieur de cette hiérarchie, nous trouvons les établissements publics, tels les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance. Mais, si nous voyons ainsi diminuer peu à peu les attributs de la puissance publique, nous constatons que la patrimonialité croît en sens inverse. Un hôpital aura peu d'autorité, de puissance publique, mais un patrimoine à gérer.

La commune, le département ont aussi un patrimoine, mais la gestion de ces biens prend moins d'importance que les occupations d'ordre administratif qui sont la raison d'être de ces collectivités.

Enfin la gestion du domaine public est la minime partie de ce qu'est appelée à faire l'administration centrale.

Il en découle les observations suivantes : plus on a affaire à une collectivité placée au bas de l'échelle administrative, et plus nous nous rapprochons du droit privé. C'est ainsi qu'un médecin peut contracter pour plusieurs années avec un hôpital et qu'il pourra amener la commission administrative de cet établissement devant la juridiction civile ordinaire, en cas de manquement aux termes du contrat.

De même encore, en certains cas, la juridiction de droit commun pourra connaître de l'exécution de certains contrats passés avec une municipalité. Mais déjà, dans ce cas, l'idée de puissance publique apparaît plus nettement, les contrats sont plus léonins, ils tendent à devenir unilatéraux, imposés par le maire, et le contentieux de leur exécution sera souvent revendiqué par la juridiction administrative, malgré les écrits passés.

D'où cette conclusion, c'est qu'il n'y a pas de de contrats solides et durables avec les administrations supérieures. En effet, chargées d'administrer, ces collectivités doivent chaque année voter les crédits afférents à la bonne marche des affaires publiques. Un conseil général devra tous les ans soumettre son projet de budget à l'approbation du préfet, de sorte que le contrat de l'an passé, intervenu entre cette administration et un médecin, peut être rapporté ou modifié, selon la volonté d'une seule des deux parties. Conséquence, la lutte du pot de fer contre le pot de terre, lorsqu'au cas d'inexécution des conventions formelles avant la date fixée pour leur expiration, il n'existe plus pour le contractant lésé que la ressource de faire fixer une indemnité en espèces.

Un conseil municipal, par exemple, pourra, lors de son élection, renverser et détruire tous les engagements pris avec des médecins par le conseil qui n'a pas été réélu.

A plus forte raison, une convention passée entre un conseil général et un syndicat médical pour la mise en pratique d'une loi sociale, l'assistance médicale gratuite, par exemple, pourra être rapportée par un vote de l'assemblée, sous la pression d'un nouveau préfet, ou par suite d'un déplacement de la majorité au sein de l'assemblée délibérante.

Et dans ces cas, les intéressés n'auront d'autre ressource qu'un vague recours administratif à fin de dommages-intérêts.

c) Leur rupture.

En droit civil quiconque manque à ses obligations en doit réparation à la partie adverse et celle-ci pourra toujours arguer d'un dommage ou d'une faute, pour se faire allouer par les tribunaux une compensation pécuniaire.

D'autre part, il pourra se produire que les agissements de celui qui rompt ses engagements constituent un abus de droit, si les motifs par lui invoqués pour la rupture du contrat ont peu de consistance.

Les tribunaux judiciaires décident alors entre ces deux parties, qui se présentent à la barre, sur un pied d'égalité.

En droit administratif, au contraire, comment poursuivre le respect des conventions, alors que le contrat est unilatéral ? En effet, lorsque des engagements formels ont été pris par une administration, engagements qui ont reçu l'approbation de l'autorité supérieure compétente, la partie, lésée par la rupture brusque du contrat a toutes les peines du monde à obtenir justice. Il faut aller en Conseil d'Etat et attendre pendant plusieurs années une décision administrative, qui allouera à l'intéressé des dommages-intérêts souvent inférieurs aux dépenses faites pour assurer la défense de ses droits.

Et encore, l'autorité administrative dont on vient de casser la décision n'est pas obligée de s'incliner : elle peut renouveler son acte entaché d'illégalité ou d'excès de pouvoir ; d'où retour devant le Conseil d'Etat. Et le plaideur ainsi atteint dans ses droits légitimes ne pourra peut-être pas obtenir des dommages-intérêts, pour lésion à lui causée par cette mauvaise volonté évidente.

Avouons cependant que, depuis 1900, la juridiction du Conseil d'Etat se fait de plus en plus équitable et que la procédure pour les recours pour excès de pouvoir et détournement de pouvoirs devient facilement accessible à tous les citoyens français.

d) Voies d'exécution.

En droit privé, lorsqu'un adversaire condamné ne veut pas se soumettre à une décision judiciaire qui est devenue définitive, il est possible d'employer la saisie ou autres moyens de contrainte, pour faire exécuter le jugement.

En droit administratif, on peut exécuter, mais difficilement, contre un établissement public, comme un hôpital, alors que la chose est impossible vis-à-vis d'une commune, d'un département, ou de l'Etat. Le créancier de ces administrations est obligé d'attendre que des crédits soient inscrits au budget pour faire face à sa créance et en cas de mauvaise volonté de ses débiteurs, de recourir au bon vouloir des administrateurs qui se trouvent à l'échelon supérieur de la hiérarchie.

Heureusement qu'il ne manque pas d'armes pour abriter l'attente des justiciables combatifs.

A quoi sert alors un arrêt administratif, si les voies d'exécution n'existent pas ? Dans certains cas, la voie de la pétition aux Chambres est seule ouverte contre le mauvais vouloir de l'Administration.

e) Prescription.

Lorsqu'un créancier négligent a laissé écouler un certain temps entre le moment où est née sa créance et celui où il en réclame l'exécution, le débiteur peut opposer la prescription.

En droit privé, le Code civil et la loi du 30 novembre 1892 fixent d'une manière formelle ce que peut être cette prescription et comment elle peut être invoquée. Aux juges ensuite d'apprécier

En droit administratif, il y a prescription libératoire au bout de cinq années et cette prescription est d'ordre public, c'est-à-dire ne peut pas être interrompue comme en droit privé. C'est ce qu'on appelle la déchéance quinquennale ; elle s'impose à l'administrateur comme au créancier.

Et même, certains règlements préfectoraux imposent une prescription plus courte, relative aux paiements de certains honoraires médicaux et pharmaceutiques.

Conclusion. — Le médecin est un homme libre et indépendant, lorsqu'il contracte avec son client ou avec une collectivité privée. Ses intérêts seront garantis par les termes mêmes des lois civiles et sans trop des difficultés de compétence et de procédure, il pourra s'adresser à la justice civile, au cas où il se croirait lésé.

Le praticien pourra donc discuter, sur un pied d'égalité, les conditions selon lesquelles il entend donner ses soins ; il pourra indiquer le taux de ses honoraires, réclamer le libre choix pour le malade, exiger le tarif à la visite, repousser tout forfait.

Mais, le médecin veut-il briguer une fonction administrative quelconque ? Veut-il soigner les indigents ? les enfants assistés ? Prétend-il à une circonscription d'inspection de nourrissons ? Veut-il être admis à l'honneur de vacciner ses concitoyens ? Il devra adresser sa requête au préfet, qui le nommera, si bon lui semble ; il devra accepter, sans les discuter, les conditions de fonctionnement du service, imposées par le règlement départemental ou communal. Il pourra même être révoqué, non pour fautes de service, mais pour ses opinions politiques, à la condition de voiler le vrai motif de cette mesure sous l'apparence de fautes de service qu'une enquête administrative, non contradictoire, établira avec la plus grande facilité, même vis-à-vis du médecin le plus soucieux de la bonne exécution des devoirs de sa fonction.

Aussi, que de médecins ne comprennent-ils pas ces différences de traitement, lorsqu'ils ont à plaider, tantôt contre un particulier, tantôt contre l'administration ? Ils ont tendance à croire qu'on appliquera les règles du droit commun dans leurs rapports avec l'autorité administrative et relativement aux fonctions qui leur ont été conférées par elle.

Il importe de les mettre en garde contre cette illusion et de les prévenir du caractère précaire de toutes situations d'ordre administratif, si recherchées par le corps médical.

Une fois de plus, nous attirons l'attention de nos confrères sur les différences existant entre leur situation de médecins ayant affaire aux particuliers ou aux collectivitéé privées, et celle qui découle pour eux des fonctions qu'ils acceptent de ces administrations publiques.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Un grand triomphe mutualiste.

M. Olivier, dont nous avons publié récemment dans nos colonnes un article où il confessait, avec une bonne foi entière, la puissance de la mutualité à organiser l'hygiène et la médecine sociale, embouche aujourd'hui la trompette bruyante du triomphe. Grâce à ses conseils, une société de secours mutuels, d'accord avec la Municipalité et avec l'ensemble des habitants d'une commune, est entrée en guerre contre des médecins. Il est vrai que leur crime était épouvantable : n'ayant pas de membres honoraires pour les entretenir, ne mendiant pas ou n'acceptant pas de subventions de l'Etat, ils voulaient simplement travailler pour vivre, et en présence de l'augmentation du prix de toutes choses, et obéissant comme c'était leur devoir aux délibérations de leur syndicat professionnel, ils avaient décidé d'imposer aux Sociétés de Secours mutuels dont ils étaient médecins un tarif plus conforme avec les exigences de la vie. Ces médecins ne voulant pas être les victimes d'une exploitation éhontée, comme le dit si bien l'auteur de l'article, ne voulant pas, d'autre part, être exploiteurs de la Mutualité, réclamaient le paiement à la visite, qui était une rémunération en rapport avec le travail fait. Mais, si les Mutualistes étaient furieux de voir une attaque directe à leur porte-monnaie, ils faisaient aux médecins un grief encore beaucoup plus grand : les médecins avaient augmenté le prix des visites et des interventions médicales, sans consulter la Société

Je ne sais quelle est votre profession, M. Olivier, mais si vous êtes industriel ou commerçant, avez-vous réuni vos clients pour leur demander s'ils étaient d'accord avec vous lorsque

vous avez augmenté le prix des objets que vous fabriquez ou débitez ? Pour moi, mon épicier, mon boucher, mon charbonnier, même l'Etat, m'ont sans cesse augmenté, et jamais ils n'ont pris mon avis, car, c'est celui qui est obligé de vivre qui sait la somme équitable qui doit correspondre à ses besoins.

A la suite de cette déclaration aux Sociétés, grand branle-bas de combat, comme je le disais en commençant, dans le pays en question. Le maire, les habitants, d'accord avec la Mutualité, sont partis en guerre contre les médecins. La chose leur a été facilitée, car ils ont reçu la proposition d'un médecin qui consentait à soigner les Mutualistes au prix antérieur. Ils ont même fait masse pour solliciter l'arrivée d'un médecin pour habiter la localité, alors qu'en vain depuis longtemps on en réclamait l'installation.

La question des honoraires médicaux a certainement une importance, mais il est une chose dont les Mutualistes ne parlent jamais, parce que, je crois, la chose leur est indifférente, surtout aux administrateurs. On ne parle jamais de la qualité des soins médicaux. Or, la base de tout traitement médical est non seulement la science du praticien, mais encore sa conscience et sa dignité. Ce sont ces facteurs qui lui permettent d'avoir, de mériter, de conserver la confiance du malade qui veut bien s'en remettre à lui du soin de défendre son existence. Les malades peuvent-ils espérer trouver ces qualités chez un médecin jaune, véritable renard de la profession, qui a assez peu de souci de sa dignité pour accomplir un acte qui est considéré comme blâmable par tous ses confrères, pour se mettre au ban de tous ses camarades, pour être à ce point mis à l'index qu'il ne trouvera jamais, auprès d'eux, ni assistance, ni solidarité ? Est-ce cela que rêvent les Mutualistes ? En plus, je plains le malheureux confrère qui a accepté cette détestable besogne, car j'ai tout lieu de supposer qu'il a agi moins par esprit d'indépendance que par un sentiment de besoin. Les besogneux ne manquent pas aujourd'hui dans la profession médicale, grâce surtout au développement croissant de la Mutualité. Ce sont eux que les Sociétés exploitent, ce sont eux qu'elles attachent à leurs services pour des salaires infimes qui leur valent le mépris de leurs maîtres. Si les médecins qui donnaient leurs soins antérieurement aux habitants du village en question trouvent les honoraires qu'ils reçoivent insuffisants, pensez-vous qu'un autre confrère, n'ayant pas la clientèle d'appoint des médecins déjà anciens dans la région pourra vivre et se maintenir longtemps dans une telle résidence ? Ne pensez-vous pas également que si le poste médical, à l'époque de pléthore où nous vivons, avait été suffisant pour nourrir un praticien, pensez-vous qu'aucun médecin ne s'y serait installé jusqu'à ce jour ? Je crois donc que, malgré leurs airs triomphants, les Mutualistes font la mauvaise affaire. S'ils sont gravement malades, ils ne trouveront aucun médecin de la région pour venir en consultation avec le confrère mis au ban de la profession. Mauvaise spéculation pour le médecin lui-même, dont la situation précaire ne fera que s'accroître chaque jour, victime, parce que besogneux, de l'exploitation éhontée, comme le dit M. Olivier, des Mutualistes de la région.

Levez les épaules aux menaces de M. Olivier. Des confrères ont pu être abattus provisoirement dans une région, ils auront leur revanche, Que cet exemple vous soit profitable, confrères, agissez de même dans tous les coins du pays, défendez votre gagne-pain, vous ne trouverez pas toujours sous vos pas des confrères marrons, assez oublieux de leur devoir pour se mettre en travers de nos revendications. Vouloir, c'est pouvoir.

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

A propos du rôle des médecins contrôleurs.— Une singulière théorie.— Toujours le secret professionnel.

Il fut un temps où les médecins de troupe jouissaient de la réputation, justement méritée pour un assez grand nombre d'entre eux, de n'entrer le matin dans la salle de visite qu'avec l'arrière-pensée que 95 % des consultants qu'ils allaient examiner n'étaient que des *fricoteurs*. Déplorable mentalité qui fausse le jugement, et l'entache *a priori* de partialité.

Cet état d'âme, propre à nos confrères de l'armée, qui ont évidemment parfois à dépister des simulations possibles, tend à ne plus être chez eux qu'une sorte de mise sur leur garde de leurs facultés d'observation, tempérée par une grande indulgence à l'égard de ces grands enfants que sont nos soldats.

En revanche, il a trouvé un terrain extrêmement fertile chez les médecins patronaux et chez les médecins experts, depuis que la loi sur les accidents du travail a codifié les rapports des patrons et des ouvriers blessés, et leurs droits et obligations réciproques. Tout comme le carottier de la visite régimentaire, le blessé du travail est présumé par eux, sinon toujours un simulateur au sens propre du mot, tout au moins et le plus souvent, un « exagérateur » — qu'on nous pardonne ce néologisme, — qui, de complicité consentante ou non avec son médecin personnel, traîne en longueur son incapacité de travail, abusant

ainsi des soins médicaux et du chômage. Comme s'il y avait avantage pour lui à « faire durer le plaisir » du demi-salaire qu'il touche pendant ce temps (1) !

A la faveur de cette conception, on assiste alors à des scènes extraordinaires, et qui seraient réjouissantes, s'il ne s'agissait de questions aussi sérieuses.

C'est ainsi qu'un expert, chargé d'examiner un blessé du travail atteint naguère de fracture de jambe, s'ingénie à trouver une autre cause que l'accident à l'œdème que présente le membre blessé, et trouve, après avoir bien cherché, une néphrite avec albuminurie et bruit de galop cardiaque, laquelle n'a jamais existé que dans son imagination. Nous publierons ce rapport au premier jour, avec le rapport de contre-expertise et les commentaires qui en découlent. Nos lecteurs prendront alors, comme on dit, une « pinte de bon sang ».

C'est ainsi encore qu'à propos de la visite de contrôle prévue par la loi, M. Perreau, déjà nommé (Cf. *Concours médical*, 1914, n° 2, pp. 115 et 116), exprime dans la *Presse médicale* du 3 décembre 1913 l'opinion suivante :

Le choix — du jour et de l'heure de la visite du contrôle — par la victime et le choix par son médecin étant écartés, on pense tout naturellement, par voie d'élimination, au choix par le médecin qu'a délégué le patron. Des arguments rationnels ne manqueraient pas en faveur de cette solution.

Voici les deux principaux à notre avis. D'abord, puisqu'il est chargé d'un contrôle, ne faut-il pas lui laisser le moyen, *en arrivant à l'improviste, de surprendre l'ouvrier qu'il soupçonnerait de fraude ou négligence* ? En outre, comme pour exercer un contrôle sérieux, force est de s'adresser d'ordinaire à un médecin possédant une importante situation, fatalement on n'obtiendra son concours que dans la mesure où ses occupations le laisseront libre. Nul ne contestera l'importance de ces considérations.

Mais il faut bien aussi ménager les petites susceptibilités de la classe ouvrière, toujours ombrageuse dans ses conflits avec le patron ou son représentant. Il en faut d'autant plus tenir compte ici que les lois du 9 avril 1898 et du 31 mars 1905, en un mot toute la législation des accidents du travail ont été faites en sa faveur. Ne nous dissimulons pas qu'elle pousserait un *tolle* général, si l'on parlait d'imposer aux victimes d'accidents du travail des heure et lieu de contre-visite choisis par le seul médecin du patron.

En résumé, une affirmation, deux propositions :

1° La législation des accidents du travail est toute en faveur de l'ouvrier. C'est évidemment une faveur immense pour celui-ci que de ne toucher que la moitié de son salaire pendant tout le temps qu'il ne peut travailler, à la suite d'un accident.

C'en est une autre, s'il est atteint d'une incapacité permanente, de ne recevoir qu'une rente équivalente toujours à la moitié du taux de la réduction. C'en est une troisième enfin que de pouvoir choisir librement son médecin, sans parler peut-être de certaines facilités de procédure qui sont mises à la portée de ce pauvre diable !

2° Pour qu'un contrôle soit sérieux, il faut qu'il soit confié à un médecin *possédant une importante situation*. Attrape, praticien, mon frère. A supposer que tu puisses être appelé à exercer ce contrôle, tu ne le seras que si tu es pour le moins professeur de Faculté....

3° Pour qu'un contrôle soit efficace, il faut que le contrôleur puisse arriver à l'improviste et surprendre l'ouvrier soupçonné de fraude ou de négligence. Au besoin, le contrôleur écoutera aux portes, regardera par le trou de la serrure, qu'il crochettera même à l'occasion.

Et voilà les considérations dont *nul ne contestera l'importance*, prétend M. Perreau.

Qu'on nous permette de ne pas insister. S'il est vrai que les lois sociales ne peuvent s'exercer librement et efficacement que si elles possèdent une police à leur service, et si les agents de cette police doivent être dans certains cas déterminés, des docteurs en médecine, qui ne serviraient que pour cette besogne spéciale, il faut des hommes spéciaux que créera seule l'organisation de la médecine publique telle que nous l'envisageons ?

Rappelons enfin, après Divernéresse, que le médecin contrôleur n'est pas fait pour *soigner*, mais pour *voir*, et qu'il n'a pas le droit de *toucher*.

Le même M. Perreau a sur le secret professionnel, dans certaines espèces, des théories assez étranges. D'après lui, le chef de service qui fait, dans un amphithéâtre d'hôpital, une leçon sur un de ses malades, dont il expose avec détails l'observation, ne trahit pas le secret professionnel, s'il s'est *assuré* que *seuls*, ses élèves peuvent l'entendre, et s'il ne leur révèle pas, même indirectement, l'identité du malade. Avouons que cette opinion est singulièrement spécieuse, les conditions requises par le collaborateur juridique de la *Presse médicale* étant généralement irréalisables. L'accès d'une clinique est ouvert à tous les étudiants sans exception, et il est impossible de le limiter aux seuls élèves du service. D'autre part, il y a à la tête de chaque lit d'hôpital une pancarte qui étale d'une façon apparente l'état-civil de l'occupant dont l'observation, si elle est utilisée par le chef, aura été souvent prise par un interne, par un externe, voire par un stagiaire.

Nous sommes de l'avis de M. Lereboullet, qui commente ces théories et d'autres du même genre

(1) Entendons-nous bien : nous ne nions pas qu'il existe une simulation dans les accidents du travail, comme il en existe une dans l'armée. Mais depuis quand la brebis galeuse entraîne-t-elle l'infection de tout le troupeau ? N. D. L. R.

dans *Paris médical* du 25 octobre 1913, lorsqu'il écrit : « Plus que jamais, après ce jugement récent, le médecin doit se tenir strictement attaché à la règle du secret absolu. »

Et il ajoute :

« Elle sera d'ailleurs d'autant plus facile à observer que nous seront animés les uns vis-à-vis des autres d'un esprit plus confraternel ; le médecin de l'assureur ou celui du patron n'ont pas à demander au médecin traitant ou au médecin d'hôpital ce qu'il ne doit pas révéler. L'hypothèse émise par le correspondant de M. Perreau d'après laquelle le médecin de l'assureur pourrait se présenter à l'hôpital comme le médecin traitant, *ne devrait pas être possible. On voit mal un médecin tendant ainsi un piège à son confrère.* »

Cela se voit mal, mais cela se voit. Et les archives du « Sou médical » et les dossiers de Diverneresse sont, hélas ! des plus instructifs à cet égard.

On ne soupçonne pas les monstruosités qu'ils renferment, dans cet ordre d'idées ! G. D.

***

Nous lisons dans le *Bulletin* du Syndicat des médecins de Marseille.

Marseille, le 14 octobre 1913,

Monsieur le Président du Syndicat des Médecins de Marseille,

Monsieur le Président,

J'ai eu l'honneur, il y a quelques mois, d'appeler l'attention du Syndicat sur une question déontologique qui a son importance.

Comme elle n'a pas reçu de solution, je la rappelle aujourd'hui.

Il s'agissait de prier nos confrères, médecins de Compagnies d'assurances, de bien vouloir s'entendre avec le médecin du blessé sur l'heure et le jour où ils devaient voir ensemble le blessé, le médecin de l'assurance étant chargé de renseigner la Compagnie avec l'autorisation du juge de paix.

Quelques confrères, en effet, désignent le jour et même l'heure où ils savent que le médecin traitant a son cabinet pour faire cette visite.

Je demande au Syndicat d'écrire aux confrères, aux médecins de Compagnies d'assurances ou de grandes entreprises pour les rappeler aux règles déontologiques.

Agréez, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments distingués.

Dr Monteux.

Les problèmes médico-sociaux à l'« Officiel »

A propos de l'examen médical des enfants au-dessous de seize ans, employés dans l'industrie.

On sait que la loi du 2 novembre 1892, qui interdit l'emploi dans l'industrie d'enfants âgés de moins de 16 ans, tolère cependant que ceux-ci puissent être embauchés, à la condition toutefois qu'ils aient au moins 12 ans et qu'un certificat médical atteste qu'ils peuvent être affectés, sans inconvénient, à tel ou tel travail. La loi réserve aux inspecteurs du travail le droit de soumettre d'urgence à un examen médical les enfants qui sont dans ces conditions.

A ce propos, M. Doizy, député, a demandé au Ministre du Travail, le 26 décembre dernier, s'il lui est possible de lui indiquer combien de fois, depuis le vote de la loi du 12 novembre 1892, les inspecteurs du travail ont eu recours à l'examen médical d'enfants à l'effet de constater si le travail dont ils sont chargés excède leurs forces, et quels ont été les résultats de ces recours.

Le ministre a répondu :

Les inspecteurs du travail n'ont fait, depuis la mise en vigueur de la loi du 2 novembre 1892, que rarement usage de la faculté que leur donne l'article 2 paragraphe 4 de la loi du 2 novembre 1892 (actuellement art. 4 du livre II du code du travail) de requérir l'examen médical des enfants âgés de moins de seize ans, à l'effet de constater si le travail dont ils sont chargés excède leurs forces. Dans ce cas, les inspecteurs ont le droit d'exiger leur renvoi de l'établissement.

En moyenne, les inspecteurs ont réclamé chaque année l'examen médical d'une quinzaine d'enfants ; c'est ainsi que, pour ces dernière années, on peut donner les chiffres suivants :

1909	56 enfants.
1910	4 —
1911	12 —
1912	13 —

L'examen médical pouvant avoir pour conséquence, lorsqu'il est défavorable, le renvoi des enfants, la plupart des inspecteurs préfèrent obtenir amiablement des industriels qu'ils emploient ces enfants à des travaux plus en rapport avec leurs facultés physiques.

D'ailleurs, l'application des dispositions du décret du 13 mai 1893 aide, dans une large mesure, à obtenir, au point de vue des travaux pénibles et fatigants, la protection effective des enfants de moins de seize ans en particulier.

Quoi qu'il en soit, des mesures ont été prises dans ces dernières années pour faciliter l'application de l'article 4 du livre II du code du travail. Des instructions ont été adressées récemment

encore aux inspecteurs du travail et aux ingénieurs des mines pour leur rappeler ces dispositions. Des formules de réquisition d'examen médical ont été, en outre, mises à la disposition de ces fonctionnaires par le ministre du travail. Ces formules, après que la réquisition a été inscrite sur le registre d'établissement sont remises à l'industriel qui a ainsi la faculté de faire examiner gratuitement les enfants par l'un des médecins désignés à l'article 3 du livre II du Code du travail.

Après que le médecin a rempli la partie de la formule qui lui est réservée, la formule est retournée, par les soins de l'industriel, à l'inspecteur auteur de la réquisition, qui prend, s'il y a lieu, les mesures qu'il juge nécessaires.

MÉDECINE SOCIALE COMPARÉE

Les médecins allemands et l'assurance-maladie.

Quand nous avons publié la circulaire ministérielle dans laquelle M. H. Chéron recommandait aux Préfets de recruter des adhérents aux Sociétés mutuelles, au cri de ralliement de : « Tous Mutualistes ! » — nous ajoutions que nous, médecins, n'aurions plus dès lors qu'à traiter cette clientèle aux mêmes conditions que le commun de nos malades et à oublier systématiquement sa qualité de Mutualiste.

Nos confrères allemands vont prochainement adopter cette tactique contre l'assurance-maladie, si nous en croyons l'article suivant que nous découpons dans le *Bulletin des médecins praticiens de Lyon.*

Une grève de médecins en Allemagne.

Le 1er janvier prochain, entrera en vigueur, chez nos voisins d'outre-Rhin, une nouvelle loi sur l'assurance contre la maladie ; elle accroît de plus de cinq millions le nombre des bénéficiaires de l'assurance. Les caisses d'assurances prétendent avoir leurs médecins à elles ; les bénéficiaires de ces caisses n'en peuvent prendre d'autres, et ces médecins sont payés par les caisses sur la base d'un tarif forfaitaire.

En élargissant le cercle des assurés, la nouvelle loi va diminuer encore la clientèle libre des médecins, la plus rémunératrice, et elle va mettre le corps médical à peu près à la merci des grands industriels et des caisses d'assurances. C'est du moins ce que les médecins prétendent — avec quelque apparence de raison, il faut bien en convenir. Aussi les Allemands sont-ils à la veille d'une grève générale d'un nouveau genre : celle des morticoles, diraient les gens facétieux. Cette grève ne se ferait point à l'égard de tous ceux qui forment la clientèle des médecins, c'est-à-dire de tout le monde ; elle ne serait dirigée que contre les caisses d'assurances contre la maladie.

Les préliminaires ont eu lieu comme dans un conflit ordinaire du travail. Les associations de médecins ont entamé avec les caisses d'assurances des pourparlers qui n'ont pas abouti. Ce n'est qu'à la suite de négociations aussi répétées qu'infructueuses qu'elles ont résolu de déchaîner, non pas le choléra ou la peste, mais le fléau de la grève, d'organiser le « Kulturkampf des médecins. »

A partir du 1er janvier, dans toute l'Allemagne, ou peut s'en faut, les caisses d'assurances contre la maladie se trouveront privées de médecins. Ceux-ci ne consentiront à soigner les personnes assurées qu'au même titre que les clients ordinaires, sans accepter le tarif forfaitaire, et sans passer par l'intermédiaire des caisses.

Mais les associations médicales sont-elles assez fortes pour engager la lutte ? N'y aura-il pas des « jaunes », des « renards » ? L'organisation des médecins englobe la plus grande partie des disciples d'Esculape, et il y règne, du moins pour la circonstance, une forte discipline.

Si les médecins maintiennent dans leurs rangs cette cohésion et cette discipline qui font la force principale des armées, qu'arrivera-t-il ? D'après l'article 370 de la nouvelle loi, si une caisse d'assurance ne parvient pas à passer contrat avec un nombre de médecins suffisant pour le service auquel elle a à se pourvoir, elle sera autorisée par le Comité supérieur des assurances à remettre aux malades qui sont à sa charge l'argent nécessaire pour se faire soigner par le médecin de leur choix. Cette disposition faciliterait aux médecins la lutte qu'ils parlent d'entreprendre.

Les caisses d'assurances, loin de manifester le moindre désir de conciliation, paraissent animées des plus belliqueuses dispositions. Elles engagent vivement le législateur et les autorités à ne pas se laisser impressionner par les menaces des médecins. Leur grand argument est que le bien des millions d'hommes qui bénéficient de l'assurance contre la maladie ne peut être sacrifié aux intérêts d'une seule profession.

Qui a raison dans ce curieux conflit ? Qui a tort ? La question est si complexe qu'il serait bien téméraire de porter un jugement sur des données vraiment trop sommaires. Ce qui n'est pas douteux, c'est que la grande presse, c'est que l'opinion publique, sont plutôt favorable aux médecins. Les journaux font observer que les tarifs forfaitaires actuels, calqués sur les anciens, ne tiennent pas compte de certains changements économiques. Est-ce que le coût de la vie n'est pas augmenté partout ? Est-ce que ce renchérissement n'a pas atteint des proportions très élevées dans les localités, si nombreuses en Allemagne qui se transforment de villages en ville, ou de petite ville en grande ville ? On estime, d'une manière générale, que les caisses d'assurances devraient au moins remanier leurs tarifs.

A Berlin, et dans quelques villes du pays rhénan, le conflit sera évité. Des arrangements sont intervenus entre les associations médicales et les caisses ; de même, dans le Wurtemberg, grâce à l'intervention du gouvernement. Mais partout ailleurs, ce sera la grève, si, avant le 1er janvier, on n'est pas parvenu à trouver un terrain de conciliation. Un mauvais plaisant pourrait prétendre que c'est une effroyable perspective pour nous, Français, car la moyenne de la vie humaine ne peut manquer d'augmenter en Allemagne à la suite de cette grève de morticoles.

Si le conflit éclate défininivement — ce qui ne paraît plus douteux, — la lutte sera poursuivie avec obstination de part et d'autre. Ce sera d'ailleurs, à plusieurs points de vue, une expérience intéressante. d'autant plus intéressante qu'elle aura lieu chez les autres

(*Salut Public*, 22 novembre.)

A. VIREY.

LES CONNAISSANCES PRATIQUES

Quand un certificat peut-il être fait sur papier libre ? Quand doit-il utiliser le papier timbré ?

Questions souvent posées, souvent résolues, et qui, comportent toujours une part d'inconnu, d'où peut découler, pour le bon contribuable, le désagrément d'une amende fiscale

Aussi nous semble-t-il intéressant de reproduire cet article, emprunté au *Bulletin de pharmacie de Lyon*.

Les certificats.

De tous les expédients qu'a inventés le fisc pour dévaliser librement les contribuables, celui qui s'applique à la rédaction des certificats délivrés par les employeurs aux salariés nous paraît le plus typique, et le grand Boileau-Despréaux y trouverait sans nul doute la matière d'une virulente satire, si le royaume des morts nous le rendait un instant.

Un patron, s'expose en effet, à une amende s'il remet à un employé, dont il se sépare pour une cause quelconque, un certificat sur papier libre portant d'autres indications que celles des dates de l'entrée et de la sortie de l'employé.

L'article 3 de la loi du 2 juillet 1890, qui a abrogé les anciennes dispositions relatives aux livrets d'ouvriers, stipule ce qui suit :

« Toute personne qui engage ses services peut, à l'expiration du contrat, exiger de celui à qui elle les a loués, sous peine de dommages-intérêts, un certificat contenant exclusivement l'indication de la date de son entrée, de sa sortie et de l'espèce de travail auquel elle a été employée. Ce certificat est exempt de timbre et d'enregistrement. »

L'Administration interprète ce texte à la lettre ; aussi exige-t-elle que soit établi sur une feuille de papier timbré à 0 fr. 60 tout certificat d'un libellé plus étendu et n'hésite-t-elle pas à frapper les contrevenants comme nous l'indiquons plus haut.

Bon nombre de nos lecteurs seront grandement surpris en apprenant que les quatre mots si souvent usités « libre de tout engagement » peuvent les faire gratifier d'une amende, aussi bien qu'une mention plus longue.

Dernièrement, un commerçant de la ville de Montluçon ayant fourni sur papier libre une attestation que lui avait demandée le maire d'une commune de Bretagne pour affirmer la présence de l'un de ses employés dans sa maison et le gain de celui-ci, il fut condamné à une amende de 68 fr. 50 qu'il put par bonheur faire réduire à 6 fr. 50 en adressant une requête au ministre des Finances.

Pareille mésaventure est arrivée récemment à un commerçant de la ville de Lyon qu'elle a stupéfié.

Celui-ci avait remis, il y a quelques mois, à l'un de ses ouvriers un certificat sur papier libre qui mentionnait le chiffre du salaire.

L'ouvrier fut poursuivi pour un délit quelconque et comparut devant le tribunal correctionnel de Maçon auquel il présenta, pour se justifier de la prévention du vagabondage qui pesait sur lui, le certificat en question.

L'infortuné patron reçut alors du bureau de l'Enregistrement de Mâçon injonction d'avoir à verser au fisc la somme de soixante trois francs soixante-dix, savoir un franc vingt de timbre et soixante-deux francs cinquante centimes d'amende.

Comme celui des membres de la Chambre syndicale de la Boucherie dont nous avons parlé, il est probable que le commerçant de Lyon obtiendra une forte réduction, mais ces deux cas peuvent éclairer le patronat tout entier.

Lorsqu'il est établi sur papier libre, un certificat doit être rédigé, par exemple, de la façon suivante :

Je soussigné, un tel, certifie que Monsieur X... *est entré chez moi, en qualité d'étalier, le* 2 *janvier* 1912, *et en est sorti le* 12 *juillet* 1913.

L'addition d'une phrase quelconque affirmant la satisfaction donnée au patron par l'ouvrier nécessiterait l'emploi d'une feuille de papier timbré.

S'il juge inutile d'imposer cette dépense à l'intéressé ou de l'assumer lui-même, il restera au patron qui désirera recommander son ouvrier à adresser à celui-ci une lettre par laquelle il le remerciera de ses bons services et lui exprimera sa sympathie. Il n'aura dans ce cas à redouter aucun ennui.

De telles chinoiseries sont pitoyables et elles

peuvent causer un grand préjudice aux travailleurs qu'elles priveront fréquemment des certificats élogieux qui leur ouvriraient bien des portes.

Nous nous étonnons que nos députés dont la façon de siéger s'exerce parfois si intempestivement, n'aient pas encore songé à protester à la tribune contre une pareille anomalie.

(*Le Commerce bourbonnais.*)

CHRONIQUE SYNDICALE

Les secrétariats ouvriers.

Le nombre des sécrétariats ouvriers qui existent et fonctionnent en France est relativement restreint. Il est curieux de constater qu'en Allemagne, ces organisations de défense professionnelle sont, au contraire, très développées. A cet égard, le document ci-dessous est intéressant à lire, en ce qu'il se prête à des comparaisons instructives. C'est à ce titre que nous le publions :

Les secrétariats ouvriers en 1912 (1).— Le nombre des secrétariats ouvriers rattachés à la commission générale des syndicats d'Allemagne existant à la fin de 1912 s'élevait à 120 (2) contre 119 à fin 1911. Actuellement, une institution de ce genre au moins fonctionne dans chaque province et chaque district de l'Empire.

En dehors de ces 120 secrétariats, on comptait, en 1912, 211 bureaux de renseignements créés par les cartels.

67 des 120 secrétariats sont administrés par un cartel et 37 par une commission spéciale, 1 est administré à la fois par un cartel et par la Fédération des mineurs ; les 12 secrétariats de la Fédération des mineurs sont administrés par celle-ci, et 1 secrétariat (celui de Cobourg) a un conseil d'administration composé de 1 représentant du Gouvernement, 1 de la Ville, 2 ouvriers et 2 patrons. Celui de Saarbruck est administré et entretenu par la Commission générale, et celui de Itehoe par l'organisation du parti socialiste.

86 secrétariats donnent des renseignements à tout venant ; sur ceux-ci, 62 donnent aussi à tout le monde l'assistance en justice, tandis que tous les autres secrétariats ne la donnent qu'aux ouvriers syndiqués ou parfois aussi à des ouvriers non susceptibles de se syndiquer. Le secrétariat des mineurs d'Aix-la-Chapelle ne donne de renseignements qu'aux membres de l'Union des ouvriers mineurs. 13 secrétariats ne donnent de renseignements ou n'accordent l'assistance en justice qu'aux ouvriers syndiqués ou rattachés à une organisation politique ; 18 autres donnent des renseignements et accordent l'assistance en justice aux ouvriers syndiqués ou rattachés à une organisation politique ainsi qu'aux membres de leurs familles et aux ouvriers non susceptibles de se syndiquer. 17 secrétariats donnent des renseignements ou l'assistance aux seuls membres des organisations adhérentes, tandis que 92 le font pour tous les ouvriers organisés sans distinction.

43 secrétariats ont établi des filiales, c'est-à-dire donnent leurs consultations à plus d'un endroit ; 21 secrétariats ont deux bureaux de consultations, 11 trois, 4 quatre, 3 cinq, 4 en ont respectivement 6, 7, 14 et 26.

En 1908, sur 103 secrétariats, il y en avait 38 pour lesquels les membres des organisations de la localité dans laquelle se trouve le secrétariat payaient une cotisation spéciale ; en 1912, sur 120 secrétariats, ce fait ne s'est plus reproduit que pour 21 secrétariats. La cotisation spéciale variait, en 1912, de 20 à 120 pfennings; 56 secrétariats sont soutenus exclusivement par la caisse du cartel, 27 par les cotisations des organisations intéressées, 9 sont soutenus par l'Union des mineurs seule, etc. ; 40 ont reçu des subventions du parti socialiste, 11 d'autres organisations ouvrières, 2 des subventions des villes ou des Etats, dont 1 est complètement entretenu ainsi.

Le nombre des personnes qui ont consulté les secrétariats s'est élevé en 1912 à 672.499 contre 627.028 en 1911, soit une augmentation de 7.25 p.100. Les 672.499 consultants se répartissent en 528,915 ouvriers, 107,900 femmes (ouvrières ou membres de la famille d'ouvriers), 33,169 autres personnes (employeurs, artisans autonomes, etc.), 2,515 autorités officielles, syndicats et corporations. Sur les 672.499 consultants, 93.133 habitaient la ville où siège le secrétariat

---

(1) *Correspondenzblatt* du 9 août 1913 ; supplément statistique.

(2) Voici la liste des secrétariats ouvriers à la fin de 1912 : Aix-la-Chapelle, Altenbourg, Ansbach, Arnstadt, Aschaffenbourg, Augsbourg, Barmen-Elberfeld, Bayreuth, Berlin, Bernbourg, Bielefeld, Bochum, Brandebourg, Brême, Bremerhaven, Breslau, Brunswich, Burg, Cassel, Castrop., Chemnitz, Cobourg, Cologne, Cottbus-Spremberg, Crefeld, Danzig, Darmstadt, Dessau, Dortmund, Dresde, Dresde-Döhlen, Dusseldorf, Duisbourg, Erfurt, Essen, Esslingen, Flensbourg, Forst, Francfort-sur-le-Mein, Fribourg-en-Brisgau, Fribourg-en-Silésie, Furth, Gelsenkirchen, Gera-Reuss, Gladbeck, Gorlith, Gotha, Guben, Hagen, Halberstadt, Halle, Hamborn, Hambourg, Hamm, Hanau, Hanovre, Harbourg, Heidelberg, Helbra, Herford, Hildesheim, Hof, Iéna, Iserlohn, Itzehoe, Karlsruhe, Kattowitz, Kempten, Kiel, Königsberg, Kronach, Landeshut, Lauban, Leipzig, Lubeck, Luckenwalde, Lüdenscheid, Lugau-en-Saxe, Lunen, Magdebourg, Mannheim, Marktredwitz, Mayence, Meissen, Minden, Mulhouse, München-Gladbach, Munich, Neumünster, Neurode, Nuremberg, Oberhausen, Offenbach, Osnabruck, Pforzheim, Pirna, Plauen, Plettenberg, Posen, Recklinghausen, Reichenhall, Remscheid, Rosenheim, Rostock, Rudolsdadt, Rustringen-Wilhelmshaven, Saarbrück, Schweinfurt, Sentfenberg, Solingen, Stettin, Strasbourg, Stuttgart, Vegesack, Waldenbourg-en-Silésie, Weissenfels, Wiesbaden, Worms, Würzbourg, Zeitz.

165,163 venaient d'autres endroits, 484.826 (72,3 p. 100) étaient syndiquées.

Le nombre des renseignements fournis par les secrétariats a atteint 706.788 en 1912 (47.820 de plus qu'en 1911), dont 36 374 par écrit.

Le secrétariat de Francfort-sur-le-Mein a fourni en moyenne 2.895 consultations par mois (2,806 en 1911), celui de Berlin 2,365 (2.227), celui de Hanovre, 1691 (1.530), celui de Kiel 1.610 (1,535), celui de Hambourg 1,509 (1.364), celui de Nuremberg 1,459 (1,484), celui de Mannheim 1.409 (1,285), celui de Dusseldorf 1,409 (1,416), celui de Cologne 1,362 (1,889), celui de Leipzig 1,318 (995), celui de Stuttgart 1,285 (1,165), etc. ; il n'y a que 16 secrétariats qui aient eu moins de 100 consultations par mois.

Si l'on ajoute à ce chiffre de 706,788 renseignements fournis par les secrétariats celui de 51.772 consultations fournies par les 211 bureaux ouverts par les cartels, on obtient pour les 331 agences de renseignements ouvriers un ensemble de 758.560 consultations. Le nombre des mémoires rédigés par les secrétariats a passé de 150.050 en 1911 à 174.998 en 1912, soit une augmentation de 8,5 p. 100.

Objet	Nombre de renseignements — Secrétariats	Nombre de renseignements — Bureaux de renseign des cartels
Assurances ouvrières	209.971	14.487
Contrat de travail et de louage de services	97.692	7.295
Droit civil	216.766	10.095
Droit pénal	45.571	2.864
Mouvement ouvrier	6.575	1.674
Affaires communales et municipales	103.488	7.119
Assurances privées	8.785	1.113
Droit d'association et de réunion	2.145	3.380
Affaires d'ordre industriel et commercial	4.718	
Divers	11.077	

Sur 209.971 consultations relatives à l'assurance fournies par les secrétariats ouvriers et qui forment à elles seules 27.5 p. 100 de tous les consultations, 121,402 (soit 57.8 p. 100 de ce nombre) concernent l'assurance-accident.

Depuis l'année 1901, année où ont été faites les premières statistiques relatives aux secrétariats ouvriers, 4.992,697 renseignements ou cas d'assistance légaux ont été fournis par les secrétariats, dont 29,8 p. 100 se rapportant aux assurances sociales, 29,6 p. 100 au droit civil, 14,8 p. 100 au contrat de travail ou de louage de services, 13.3 p. 100 aux affaires communales, 6,7 p. 100 au droit pénal, 1. 4 p. 100 au mouvement ouvrier, 12,2 p. 100 à l'assurance privée, 0.6 p. 100 à des affaires commerciales ou industrielles, 0,2 p. 100 au droit d'association ou de réunion, 2. 4 p. 100 à d'autres questions.

107 secrétariats ont représenté personnellement des ouvriers en justice dans 6,417 cas (contre 6.426 en 1911, soit à peu près le même nombre), à *savoir* : 4,065 fois devant le tribunal arbitral des assurances ouvrières, 487 fois devant l'Office impérial d'assurance ou devant les offices d'assurance des différents Etats, 1.006 fois devant les tribunaux industriels ou de commerce, 2 fois devant le tribunal arbitral corporatif, 598 fois devant le tribunal de baillage, 14 fois devant le tribunal communal, 241 fois devant les tribunaux et les autorités administratives. C'est le secrétariat de Munich qui, avec 788 représentations personnelles, vient en tête des secrétariats pour le nombre de représentations des ouvriers en justice. L'issue des affaires prises en mains par les secrétariats est connue dans 23,499 cas, dont 17.018 ou 72.4 p. 100 furent couronnés de succès et 6,481 ou 27.6 p. 100 restèrent sans résultat. Sur les 17.018 cas couronnés de succès, 5.916 ou 34.7 p. 100 concernaient l'assurance-accident.

115 secrétariats sur 120 se chargent de transmettre aux autorités compétentes les plaintes qui leur sont remises ; 75 recueillent des statistiques ; 84 s'occupent de propagande syndicale.

108 secrétariats sur 120 ont fourni un rapport sur leur situation financière. Leurs recettes se sont élevées à 607.115 marks (cotisations des organisations affiliées, 165,403 ; cotisations de membres, 91.384 ; cotisations payées sur la caisse des cartels, 248,283 ; subventions, 36,402 ; autres recettes, 15, 250). Le total des cotisations payées à la fois par les organisations affiliées, les membres et les cartels s'élève à 505.070 marks ou 83,2 p. 100 des recettes totales. Les subventions aux secrétariats comprennent 14.749 marks donnés par la Commission générale, 13.495 marks donnés par les organisations du parti socialiste, 4.258 marks par d'autres organisations ouvrières, 3.900 marks par les Etats ou les communes.

Le total des dépenses pour les 108 secrétariats ayant fourni un rapport s'est élevé à 575.392 marks (traitements des employés et allocations, 352.684 ; location de locaux pour les bureaux des secrétariats, nettoyage, éclairage et chauffage, 66,307 ; bibliothèque, imprimés, 41, 335 ; divers (port de lettres, etc.), 61.509, etc.).

En ce qui concerne les secrétariats organisés par les corporations Hirsch-Duncker, les syndicats chrétiens et les autres syndicats ouvriers, on trouvera des renseignements, pour l'année 1912, dans l'article sur les bureaux de consultation juridique

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le tarif Dubief n'est pas limitatif.

Le tarif Dubief n'étant pas limitatif, il y a lieu d'y suppléer dans tous les cas qu'il n'a pu prévoir, notamment en ce qui concerne les séances d'électrisation faites par les spécialistes en leur cabinet, et, à l'aide d'appareils fixes.

TRIBUNAL DE PAIX DU CANTON OUEST DE LA ROCHELLE

25 octobre 1913.

Attendu que, par citation introductive d'instance M. le Dr Chabaneix, réclame à MM. B. fils et Cie le paiement d'une somme de 226 francs, pour consultations et soins médicaux, par lui donnés à M. D., leur ouvrier et accidenté du travail à leur service.

1° Pour 34 consultations à 1 franc 50 l'une : 51 francs ;

2° Pour certificat : 5 francs,

3° Et pour 34 applications de courant continu à haute intensité avec appareils fixes, à 5 francs l'une : 170 francs. Ensemble : 226 francs ;

Attendu que MM. B. fils et Cie protestent contre cette demande, notamment en ce qui concerne le cumul des consultations et des opérations, ainsi que du nombre des consultations qu'ils réduisent à 10, soit 15 francs ;

Qu'ils entendent, en faisant application du tarif Dubief (arrêté ministériel du 30 septembre 1905) ne fixer qu'à 3 francs les applications susvisées, soit 102 francs.

Et le certificat 5 fr. Soit ensemble 122 francs.

Qu'ils disent offrir comme suffisante par application du tarif prévisé ;

Mais attendu qu'il y a lieu de remarquer que le tarif Dubief ne prévoit que les soins d'électrisation au moyen d'appareils portatifs ordinaires par le médecin traitant ;

Que les séances d'électrisation par les spécialistes dans leur cabinet et à l'aide d'appareils fixes n'y figurent pas par cette raison qu'en 1905, le traitement radio-électrique était encore peu connu, si même il existait d'une façon usuelle ;

Attendu que le tarif Dubief n'étant pas limitatif, il y a lieu d'y suppléer pour tous les cas qu'il n'aurait pu prévoir ;

Attendu que le docteur Chabaneix, en demandant cinq francs par séance de traitement, fait une application du tarif syndical des médecins radiologistes et électrologistes de France, application parfaitement justifiée ;

Attendu que vainement MM. B. fils et Cie prétendraient que la note est bien élevée pour une entorse ; qu'en effet, il ne s'agit pas d'une entorse simple puisque le certificat du docteur M. qui avait précédemment traité le malade concluait à une localisation tuberculeuse possible, qui aggravait singulièrement le pronostic et que ce n'est qu'après l'amélioration provoquée par le traitement du Dr Chabaneix que cette crainte a pu être écartée, qu'en tout cas le blessé est resté atteint d'une incapacité permanente partielle peu conciliable avec une simple entorse ;

Attendu que pour toutes ces considérations, il nous paraît équitable de faire droit à l'action du demandeur ;

Attendu que la partie qui succombe doi supporter les dépens.

Par ces motifs, statuant publiquement contradictoirement et en dernier ressort

Donnons tout d'abord acte à M. le Dr Chabaneix de ce que MM. B. fils et Cie n'ont contesté ni le nombre des consultations, ni le principe du cumul ;

Déclarons ces derniers mal fondés en la prétention d'application du tarif Dubief à un cas que ce tarif n'a pu prévoir

Par suite, condamnons MM. B. fils et Cie à payer à M. le Dr Chabaneix la dite somme principale de 226 francs qu'ils lui doivent pour les causes sus-énoncées ;

Les condamnons en outre, aux intérêts de droit de cette somme du jour de la demande, ainsi qu'en tous les dépens

Note. — Jugement rendu en conformité de l'arrêt de Cassation, Chambre des Requêtes, du 16 mai 1911. (*Concours médical*, 1911, page 655.)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— La Permanence Médicale et le Central Médical de Paris. — La *Permanence Médicale* a été faite pour les médecins. Toute interprétation tendant à y chercher les éléments de concurrence professionnelle ne peut résulter que d'une ignorance de notre but et de notre programme.

Il en est de même du *Central Médical de Paris* que nous venons de créer et dont le but est de faire parvenir en mains propres aux confrères qui y sont abonnés, les communications urgentes qui leur sont faites par notre intermédiaire en leur absence en allant les leur porter aux adresses qui nous sont données par eux chaque jour à cet effet. La différence qu'il y a entre notre organisation et le Central Médical, de Vienne c'est que ce dernier n'a comme moyen de transmission que le téléphone, alors que nous, nous employons le message direct et notre agence étant essentiellement privée et confraternelle, permet par le service médical d'urgence de la Permanence Médicale d'assurer d'une façon absolument certaine le service du médecin en cas d'empêchement absolu de sa part.

Le Central Médical de Paris réalise ainsi la permanence individuelle de chaque médecin moyennant une dépense d'abonnement insignifiante.

Le Service Médical de la *Permanence Médicale* fonctionne à l'instar d'une agence qui se chargerait de fournir, en cas de besoin, un médecin à un autre pour l'assister ou le remplacer, à transmettre à un praticien de Paris, exerçant pour son compte personnel, l'appel d'un client pris au dépourvu et ayant besoin d'urgence d'un médecin.

A cet effet, d'une part, nous avons des médecins inscrits à la *Permanence Médicale* pour suppléer leurs confrères mais dont nous n'indiquons l'adresse au public qu'autant que ceux-ci sont installés et patentés ; et en aucun cas, lorsque nous procurons un médecin au public, la visite n'est faite pour le compte de la *Permanence Médicale* qui n'exerce pas la médecine, mais pour le compte personnel du médecin qui fait la visite.

Les médecins dont nous indiquons ainsi l'adresse au public n'ont aucune attache avec nous, autre que celle d'un engagement de se tenir en permanence chez eux à des jours et heures déterminés, conditions essentielles pour le fonctionnement à coup sûr d'un service médical d'urgence.

Ce service médical n'est pour nous qu'un moyen de publicité, c'est si l'on veut l'enseigne de notre institution.

Par ces moyens nous avons escompté et nous escomptons le concours de tous nos confrères.

Nous avons encore à leur intention créé spécialement un service de location d'instruments pour opérations médico-chirurgicales d'urgence (*tubage, trachéotomie, ponctions, curettage*, tubes de Faucher, sondes, appareils à injection sous-cutanée d'oxygène, etc..) que nos confrères peuvent se procurer à la *Permanence Médicale* à toute heure du jour ou de la nuit, dimanches et fêtes. De même, pour les besoins de leur clientèle, ils sont assurés de trouver en location à tout moment, des *couveuses, des gouttières pour fractures, des lits mécaniques, des fauteuils roulants*, des appareils à air chaud pulvérisateurs, etc.

Nous recommandons en toute confiance à nos confrères nos *gardes-malades*, infirmiers et infirmières diplômes, choisis et sélectionnés, aptes à tous les soins médicaux, chirurgicaux ou d'accouchement prescrits par les médecins, nos *masseurs* hommes et femmes, nos *ambulances-automobiles* et notre *service de laboratoire* pour tout examen chimique et biologique (séro-diagnostic, Wassermann).

En un mot, ainsi qu'on peut le voir par cet exposé, la *Permanence Médicale* est une centralisation de tout ce dont un médecin peut avoir besoin pour exercer sa profession, depuis le remplaçant ou l'aide, médecin lui-même, jusqu'au ballon d'oxygène. C'est là une organisation confraternelle faite pour les confrères et qui doit se développer par le patronage des médecins.

Dr BUDAN,
Directeur fondateur
93, Boulevard Saint-Germain.
Téléphone : Gobelins 35-56.

— **Le Syndicat des Médecins de la Seine** vient de procéder, pour 1914, à la nomination de son bureau qui est ainsi constitué :

Président : M. Leredde. Vice-Présidents : MM. Baron et Saltas. Secrétaire général : M. Tourtourat. Secrétaires généraux adjoints : MM. Lamare et Lafontaine. Trésorier : M. Bongrand. Directeur des accidents du travail: M. Lamare. Directeur des recouvrements et contentieux : M. Quidet. Directeurs de l'exercice illégal : MM. Armand Lévy et Patry. Secrétaire des sections : M. Pamart. Archiviste : M. Hurtaud.

—**Æsculape.**— Grande Revue Mensuelle Illustrée, 41, rue des Ecoles, Paris.

Le N° : 1 fr. (Etranger 1 fr.50) franco contre timbres-poste.) Abonn. : 12 fr. (Etranger : 15 fr.)— Sommaire du N° de novembre 1913.

Les Centenaires (7 illustr.), par Mme la Doctoresse G. YVES-ROY.— « Ce que l'homme peut faire de mieux, dit Gœthe, c'est de durer. » La magicienne Médée rajeunit Jason ; le vieux roi David et la jeune Sunamite ; secrets d'Arnaud de Villeneuve et de Nicolas Flamel ; l'élixir de longue vie ; les causes qui abrègent l'existence.

L'Herbier de Rousseau (6 illustr.), par le Dr P. RAYMOND, prof. agrégé.— Le petit herbier de Mlle Madeleine Boy de la Tour et ses 180 plantes délicatement étalées et fixées par Rousseau lui-même ; les conseils et explications charmantes donnés à l'aimable Madelon sur la botanique.

L'impossible Euthanasie ; les médecins et le droit de tuer (8 illustr.), par le Dr E. SICARD.— Le rôle du médecin est de prolonger la vie, ce n'est pas à lui de mettre fin, même avec toute la douceur désirable, aux souffrances jugées incurables. Réfutation de Bacon, Thomas Morus, Maeterlink.

Les Médecins de Pascal (6 illustr.), par le Dr Just-NAVARRE.— Les « portefeuilles » du médecin Vallant, conservés à la Bibliothèque Nationale, viennent de nous livrer le nom des médecins qui soignèrent Pascal dans sa dernière maladie. Le vin émétique ; le prétendu empoisonnement de Pascal.

Salé, la Ville Sainte (2 illust.) par le Dr DOUZANS. Etude psychologique ; le mépris de l'indigène pour l'Européen ; comment il se traduit.

Mort du sergent Blandan et amputation du chirurgien sous-aide Ducros (6 illustr.), par le Dr BORNETTE.— Blandan frappé à la cuisse, à la poitrine, à l'abdomen, meurt de péritonite ; le chirurgien Ducros amputé du bras droit.

Le Bal de l'Internat (3 illust.).— Les loges, les cortèges, la salle ; « rendez-nous le culte d'Aphrodite ! » L'entrain ; les danses.

Le Professeur Ledouble ; l'homme et l'œuvre (5 illustr.), par les Drs DUBREUIL-CHAMBARDEL et FAIX.— « Rabelais anatomiste et physiologiste », « Bossuet anatomiste et physiologiste ». Une belle figure de savant ; le bourru bienfaisant.

Les suites du pacte de Luxure (simili-gravure hors texte), par G. de TROMELIN.

Supplément.— Un duel à propos d'opium.— Mirabeau était-il végétarien ? — Wérder au Kouango en 1642.— La mère d'Acyl. — Langue française et médecine au Chili.— Prix de l'Adultère à Madagascar.— L'athéisme et la science.— Empalement trans-axillaire.— Les reliures en peau humaine. — De l'amour.— La soude et M. Solvay. — Le Celtisme.— Calcul monstre de la vessie. — Les victimes du zinc. — A propos d'une lettre d'Alfred de Vigny à Mlle Dorval. — Les plantes de marais.— Le procès en sorcellerie de la mère de Képler.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 5 Dimanche 1er Février 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Le Docteur A. GASSOT

Directeur du ***Concours Médical***

Le Conseil d'administration du *Concours médical* a désigné le Dr A. Gassot, son président, comme Directeur.

La personnalité du Dr A. Gassot, qui fut le premier collaborateur d'Auguste Cézilly et, en quelque sorte, le second fondateur du journal, est trop connue pour qu'il convienne de le présenter à nos lecteurs.

La sagesse de ce vétéran de nos œuvres, les services qu'il n'a cessé de leur rendre, le respect dont il est entouré de tous, l'affection que ceux qui le connaissent lui témoignent, indiquent suffisamment que, pendant sa direction, il règnera toujours, dans la vieille maison du *Concours*, la même laborieuse harmonie, le même esprit familial et le même enthousiasme pour la défense du praticien.

Avec lui, rien ne sera changé dans la ligne de conduite du journal. Ce sera comme avec Jeanne. Chacun de nos collaborateurs continuera à y tenir la place à laquelle lui donneront droit son travail, son activité et son dévouement à l'œuvre commune.

La Rédaction.

PROPOS DU JOUR

Questions d'hygiène.

La mortalité tuberculeuse et la statistique dans la région parisienne.

Depuis quelques années les protagonistes de la lutte antituberculeuse à Paris chantaient victoire. Le taux de la mortalité tuberculeuse baissait ; il baissait lentement, mais il baissait indiscutablement. La statistique, publiée dans les rapports de M. Paul Juillerat, le distingué directeur du casier sanitaire des maisons de Paris, en faisait foi. Cet abaissement de la mortalité était faible, mais progressif depuis 1909, et il était avéré qu'en 1912, il était mort 981 personnes de moins, du fait de la tuberculose, qu'en 1907 et 1908. Cette décroissance marchait parallèlement avec la suppression des taudis et de quelques foyers tuberculeux. Il est vrai que M. Paul Juillerat se demandait avec anxiété si vraiment il y avait un progrès réel ; si en détruisant des maisons malsaines, on accomplissait un acte d'assainissement vraiment efficace, puisqu'on ne les remplaçait pas par une quantité équivalente de maisons ouvrières salubres. Que devenaient les malheureux contaminés chassés de leurs taudis par l'expropriation ? N'allaient-ils pas infecter les maisons ouvrières des quartiers voisins en les sursaturant d'une populatin miséreuse ? La destruction des foyers tuberculeux ne contribuait-elle pas à en créer de nouveaux à côté, nouveaux foyers qui devenaient tout aussi redoutables ? L'examen du taux de la mortalité tuberculeuse par quartier paraissait bien le démontrer, car l'abaissement du chiffre des victimes du bacille de Koch ne se constatait réellement que dans les quartiers récemment assainis.

Nous-mêmes, à ce propos, nous faisions des réserves :

« Mais il ne faudrait pas encore trop s'illu-
« sionner, écrivions-nous ici le 25 octobre 1913,
« li y a quelques mois à peine (1). Beaucoup de
« tuberculeux parisiens vont mourir à la cam-
« pagne, dans les provinces dont ils sont ori-
« ginaires, et ça n'est pas sans doute une des
« moindres causes de propagation de la tu-
« berculose dans les milieux ruraux ».

(1) *Tuberculose urbaine et tuberculose rurale*. Propos du jour du *Concours Médical* du 25 oct. 1913, n° 3, page 2574.

Nous ne croyions pas, en émettant cette hypothèse, qu'une démonstration irréfutable de l'inefficacité des mesures prises à Paris allait tout aussitôt nous être donnée par la statistique elle-même. Hélas ! ce n'est pas à la campagne que vont mourir la plupart des tuberculeux parisiens, c'est dans la banlieue immédiate de la ville. En assainissant mesquinement, en démolissant quelques foyers tuberculeux sans les remplacer par des logis sains en nombre équivalent et construits et placés de telle sorte qu'ils puissent se substituer aussitôt aux taudis disparus, *on ne supprime pas la phtisie, on la déplace, et c'est tout.*

La preuve en est donnée par la statistique comparative de la mortalité tuberculeuse en 1896 et 1911 dans la banlieue parisienne, fournie récemment à la commission de la tuberculose du Conseil général de la Seine. De cette statistique, il résulte qu'entre ces deux dates, dans une période de quinze ans, la mortalité tuberculeuse, qui était en 1896, de 14,7 pour 100 décès, est devenue en 1911 de 18,9 pour 100 dans l'arrondissement de Saint-Denis ; que pour l'arrondissement de Sceaux, le taux des décès tuberculeux s'est élevé de 12,33 pour 100 en 1896 à 14,58 pour 100 en 1911. Si, au lieu de prendre le rapport du nombre des décès par tuberculose avec le chiffre total des décès, on établit le taux des victimes du bacille de Koch par 100.000 habitants, on constate que dans l'arrondissement de St-Denis, il mourait, en 1896, 332,4 phtisiques par 100.000 habitants, et en 1911, 397,9, et que, dans l'arrondissement de Sceaux, le chiffre de 297 décès par 100.000 habitants en 1896 s'élevait en 1911, à 380,2.

Il n'y a, hélas ! pas de doute, l'assainissement incomplet, mesquin, sans méthode, opéré à Paris, a été un trompe-l'œil et n'a donné aucun résultat. La population miséreuse prédisposée, ou déjà atteinte de phtisie, a émigré dans la banlieue et est allée y mourir. L'arrondissement qui l'a accueillie en plus grand nombre est l'arrondissement de Saint-Denis, celui où les centres urbains sont plus nombreux et plus importants et où les moyens de communication sont plus faciles.

Conclusion : La lutte antituberculeuse, menée à grands frais et à grand tapage, sans méthode, sans programme précis et en dépit du sens commun, n'a donné, en 15 ans, à Paris, ni dans sa région, le plus petit résultat. On a cru supprimer la phtisie, on n'est arrivé qu'à la déplacer. N'est-ce pas la preuve indiscutable de

l'impuissance des ligues et des commissions, où pérorent les plus titrés des champions officiels, chevaliers à la triste figure de la Croisade mutualiste d'Hygiène sociale. Incapables d'éteindre les foyers évidents, de soigner, d'isoler les phtisiques, qui réclament eux-mêmes et à grands cris aide et protection, inaptes à secourir, même insuffisamment, leurs familles, ces pseudo-philanthrophes mégalomanes ont l'audacieuse inconscience de prétendre vouloir faire grand et de réclamer la déclaration obligatoire de la maladie, dont les victimes à secourir d'urgence, ne sont, hélas ! guère dissimulées. Leur impuissance cent fois constatée ne leur dessille pas les yeux ; ces mêmes hommes ne trouvent encore rien de mieux, pour nous protéger d'un retour offensif de la lèpre, que de préconiser la réouverture des vieilles léproseries, qui furent la honte du Moyen-Age, et dont le souvenir légendaire a laissé dans toute l'Europe une réputation affreuse et sinistre.

En vérité, est-ce là le progrès ? Vivons-nous au XXe siècle ou en l'an 1000 ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Cochin : M. le Professeur Quénu.

Les kystes de l'ovaire.

A propos de trois cas du service, j'ai l'intention de vous présenter aujourd'hui un aperçu clinique de la symptomatologie et du diagnostic général des kystes de l'ovaire.

Nous trouvons, chez chacune de nos trois malades, un type différent de kyste ovarien. La première malade a un kyste petit, qui commence à sortir de l'excavation. La seconde a un kyste plus volumineux, occupant une partie de l'abdomen. La troisième, qui fut opérée il y a quelque temps déjà dans le service, avait un kyste beaucoup plus considérable, d'une taille qu'on ne rencontre plus guère de nos jours, où les interventions sont courantes, mais que l'on voyait souvent autrefois. Dans l'observation de cette femme, je note son âge, 60 ans. Nos deux autres malades ont respectivement 28 et 38 ans. On peut avoir un kyste de l'ovaire à n'importe quelle époque de la vie, à la période adulte, dans l'adolescence, à 15 ans, à 16 ans, dans l'enfance, dans la vieillesse, à 75 ans et au-delà même : j'en ai vu un cas à 78 ans. Je signale un autre détail de l'observation : la malade était venue à l'hôpital sans se douter qu'elle avait une tumeur, et cependant son ventre était énorme, pointant en avant et tombant sur les cuisses. Elle n'accusait qu'une sensation de pesanteur et un peu d'oppression, sans nausées, ni vomissements, ni constipation. Le faciès et les membres apparaissaient amaigris. Il y avait de l'œdème des membres inférieurs, de la vulve et de la région épigastrique. Nous avons opéré cette femme et elle a guéri parfaitement

Partant de ces trois observations, je vais vous esquisser maintenant le tableau clinique des kystes de l'ovaire. Ils peuvent, je vous l'ai dit, se développer chez la femme à tout âge. A lire les classiques, il semble que leur début se fait d'une façon latente, sans douleur, par une simple gêne. A peine signale-t-on la possibilité de quelques phénomènes douloureux. Eh bien ! cette façon d'envisager les choses est tout à fait inexacte. J'ai eu la curiosité de lire une cinquantaine d'observations de kystes de l'ovaire et j'ai vu que, dans un grand nombre de cas, des douleurs avaient existé au début. Je lis, par exemple, ceci dans les symptômes initiaux de la maladie : « tuméfaction, en même temps que fortes douleurs », « apparition d'une tumeur précédée de douleurs assez vives », « douleurs avec nausées et vomissements », « douleurs avec digestions pénibles, puis tuméfaction », etc. Par conséquent, les douleurs aiguës ne sont pas rares au début. Retenez, en somme, que si un bon nombre de kystes ovariens commencent par la tuméfaction de l'abdomen avec simple gêne, d'autres (moins nombreux, je le veux bien) comportent des phénomènes douloureux précoces.

Un mode d'apparition du kyste qu'il est bon de connaître est l'apparition après un accouchement. Il arrive qu'après un accouchement, le ventre reste volumineux et que l'examen révèle alors un kyste de l'ovaire. J'ai fait moi-même cette constatation dans les conditions suivantes Un confrère me demande un jour de venir examiner une femme qu'il avait accouchée et dont l'abdomen était resté volumineux après la sortie du fœtus. Notre confrère se demandait s'il n'y avait pas grossesse gémellaire, et il attendait depuis plus de trente-six heures, assez ennuyé de

ne pas voir la situation s'éclaircir. Vous savez, d'ailleurs, qu'au cas de grossesse gémellaire, il ne s'écoule que peu de temps, quelques heures, habituellement, entre l'expulsion des deux enfants. Je fis transporter la femme à l'hôpital et je pus constater la présence d'un gros kyste de l'ovaire qui n'avait pas gêné l'accouchement et ne s'était manifesté qu'à ce moment.

Dans quelles conditions se présenteront à vous les kystes de l'ovaire ? Je distinguerai trois catégories de cas. J'estime qu'il ne suffit pas de diviser ces tumeurs en kystes pelviens et kystes abdominaux. Je préfère la division en trois groupes qui sont les suivants : 1° kystes occupant la cavité pelvienne ; 2° kystes débordant le détroit supérieur pour occuper une partie de l'abdomen ; 3° kystes occupant toute la cavité abdominale, remontant aux fausses côtes.

Quand il s'agit de kystes inclus dans la cavité pelvienne, l'exploration sera faite par le palper bi-manuel, le toucher combiné à la palpation abdominale. Quelle est la symptomatologie de cette catégorie de kystes ovariens? On a dit que c'était là la période des compressions. Ceci est, à mon avis, une pure vue de l'esprit. La lecture des observations indique seulement du ténesme, de la constipation. Lorsque les compressions surgissent, on a affaire à d'autres cas, à des kystes volumineux et enclavés dans la cavité pelvienne. Au début, les troubles de compression ne s'observent pas. On peut noter des douleurs réflexes, de la sciatique par exemple, comme dans le fibrome et la grossesse.

Au toucher, on trouve une tumeur offrant des caractères variables selon les cas. Lorsque le pédicule du kyste est assez allongé pour que la tumeur bombe dans le cul-de-sac de Douglas (le cul-de-sac de Douglas est le point le plus déclive de la cavité abdominale), on peut sentir une tuméfaction médiane, doublant l'utérus. Sinon, la tumeur est latérale. Le diagnostic est différent selon que la tumeur est médiane, derrière l'utérus, ou latérale. Pour la tumeur médiane, on songera à une lésion salpingienne, à une rétroflexion de l'utérus. Pour la tumeur latérale, on pensera à une affection annexielle, à la grossesse extra-utérine. On basera le diagnostic sur la consistance de la tumeur, la surface lisse du kyste, la façon dont l'affection a évolué. L'annexite succède à des symptômes utérins.

Lorsque le kyste n'est plus pelvien, qu'il a franchi le détroit supérieur pour occuper une partie de la cavité abdominale, vous trouvez une saillie du ventre, saillie mate, avec sonorité dans les flancs qui la distingue de l'ascite. La palpation permet de reconnaître un ou plusieurs lobes à la tumeur. Avec quoi peut-on confondre un kyste de l'ovaire de cette catégorie, n'atteignant pas les fausses côtes ? Je vous ai dit que, toujours alors, il faut songer à la grossesse. Bien entendu, la confusion ne peut être commise que dans des conditions spéciales. Lorsque la femme vous apprend qu'elle était auparavant bien réglée, que ses règles se sont supprimées depuis quelques mois, vous ne sauriez que penser à la grossesse. Les choses peuvent être plus complexes. Des cliniciens avisés ont fait l'erreur de prendre une grossesse pour un kyste de l'ovaire. Je m'y suis moi-même trompé un jour, à l'hôpital Beaujon, où j'ai ponctionné un utérus gravide, sans dommage d'ailleurs, car, pris de doute en examinant le liquide retiré, j'attendis pour rectifier le diagnostic. Pourquoi fait-on ces erreurs ? Parce que les choses ne sont pas toujours simples. Sans parler des femmes non sincères, vous pouvez être en présence de malades qui sont mal réglées, ont leurs règles tous les trois ou quatre mois, ou ne sont pas réglées du tout même. Lorsqu'elles deviennent enceintes, ce gros renseignement qu'est la suppression des règles manque. Quand les règles sont, à l'état habituel, régulières, la confusion n'est pas possible. Vous pourriez me dire que la consistance de l'utérus gravide est plus charnue et que l'on sent des parties fœtales dures. Oui, mais quelquefois, sans hydramnios véritable, il y a exagération du liquide amniotique, ce qui rend ces signes peu ou pas appréciables. Chez ma malade de Beaujon, l'utérus était pour ainsi dire pédiculisé, plus élevé, et ne comportait ni son épaisseur ni sa largeur ordinaires. Cela ressemblait absolument à un kyste de l'ovaire.

En pareil cas, s'il y a doute, il faut attendre et l'on sera bientôt fixé. Actuellement, surtout instruit par l'expérience, j'attendrais, mais vous voyez qu'en somme, il n'est pas très extraordinaire qu'une grossesse puisse être confondue avec un kyste de l'ovaire.

Un autre diagnostic du kyste ovarien de cette seconde catégorie est celui avec la vessie distendue. Je me rappelle avoir été appelé une fois auprès d'une malade par un confrère qui s'était rallié au diagnostic de kyste de l'ovaire. J'examinai la femme, je sondai la vessie, et le kyste s'en alla dans l'urinal. Il est des vessies qui ne sont jamais vidées complètement et arrivent à renfermer 600, 800 gr. d'urine. J'ai vu dans le service de Tillaux une femme dont la vessie, distendue, remontait jusqu'à l'ombilic ; la malade urinait, mais incomplètement, la vessie n'étant jamais évacuée que très partiellement.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic avec l'ascite. Dans le kyste, la matité ne se modifie pas avec la position de la malade ; dans l'ascite, elle change avec la position. Il y a des cas moins faciles, cependant, tels les kystes pas très distendus, ou les ascites cloisonnées de la tuberculose péritonéale.

Le diagnostic avec les tumeurs du rein, du foie et de la rate n'offre aucune difficulté. En effet, vous trouvez alors une zone de sonorité entre

ces organes et la tumeur, dont vous rapportez nettement l'implantation au pelvis.

Le diagnostic avec certains fibromes spéciaux est délicat. J'y reviendrai à la fin de ma leçon, en vous citant un exemple récent.

J'arrive à la troisième catégorie de kystes de l'ovaire, celle dans laquelle le ventre présente une tuméfaction mate dans toute son étendue. Chez notre malade, par exemple, nous avons enlevé 30 litres de liquide, ce qui, avec les 5 à 10 kilogr. de paroi solide, représentait une masse de 35 à 40 kilogr., remontant jusqu'aux fausses côtes. En pareil cas, il n'y a plus de sonorité interposée entre la tumeur, et le foie et la rate. Le ventre est tellement distendu que la palpation n'est plus possible ; on se demande où l'intestin peut se loger, et, au cours de l'opération, on le trouve effectivement aplati.

On comprend qu'ici des erreurs de diagnostic peuvent êtres faites, même par des chirurgiens très compétents. Ainsi, M. Terrier m'a confié une fois une malade avec le diagnostic de « kyste hydatique du foie ou kyste de l'ovaire. » J'ai opéré, un jour, avec M. Hartmann, à l'hôpital Bichat, une femme que nous croyions atteinte de kyste de l'ovaire. Jusqu'à la fin de l'opération, ce diagnostic fut maintenu. C'est seulement en incisant le kyste, en remarquant que ses parois allaient en épaississant et en examinant les parois, que l'on s'aperçut qu'il s'agissait d'un volumineux kyste du rein. Nous l'avions opérée, sans nous en douter. Je vous rappelle, d'ailleurs en passant, que la première néphrectomie pratiquée l'a été avec le diagnostic de kyste de l'ovaire. Ces erreurs, bien entendu, ne sont possibles que dans certaines conditions.

Je n'aurai pas souvent l'occasion de vous montrer des cas de cette troisième catégorie, car les malades de nos jours n'attendent plus aussi longtemps pour se faire opérer. Mais, lorsque j'étais interne, nous en avions beaucoup à soigner. A ce moment, en 1872, l'ovariotomie était une rareté, un événement chirurgical. Je me rappelle avoir assisté à une ovariotomie faite par Panas, en 1873, à Saint-Louis, dans un petit pavillon spécial. Les étudiants en médecine étaient venus en si grand nombre voir cette opération que des échelles avaient été dressées contre les murs, jusqu'aux fenêtres, pour ceux qui ne trouvaient pas place dans la salle. Ce souvenir d'étudiant peint bien qu'elle était la rareté de l'ovariotomie à cette époque ; on n'osait pas la faire. Dans le service de Guyon, en 1877, j'ai vu beaucoup de ces grands kystes ovariens. Les femmes venaient se faire ponctionner à des intervalles plus ou moins longs. Les kystes étaient alors souvent énormes. Chez une de ses malades, nous dit Poncet, on retira 30 litres de liquide. Le cas peut-être le plus remarquable par la taille du kyste est celui de Tuffier, qui opéra en 1906 une femme de 70 ans dont le kyste contenait 94 litres de liquide, soit 100 kilogr. pour la tumeur. Cette femme avait un kyste tombant audessous des genoux. Assise, elle mettait deux coussins pour soutenir son ventre. Debout, deux hommes étaient nécessaires pour relever l'abdomen !

On comprend que de tels kystes soient singulièrement gênants. Ils sont mieux supportés par les femmes ayant eu des enfants, la paroi abdominale étant dans ces conditions plus flasque. Ces kystes déterminent des phénomènes de compression qui s'exercent surtout sur le diaphragme et amènent de la gêne respiratoire, des troubles asphyxiques, pour lesquels la ponction s'impose parfois d'urgence. C'est principalement chez les femmes dont la paroi abdominale est forte et ne cède pas que de tels accidents s'observent. Le cœur lui-même est gêné. On peut noter aussi de la parésie de l'intestin et une diminution de la sécrétion urinaire. Je ne suis pas convaincu que la réduction des urines soit un phénomène de compression. Il est probable qu'intervient là une diminution de la tension sanguine, le kyste absorbant du liquide et jouant le rôle de parasite à ce point de vue. On trouve de l'urée dans le liquide kystique et l'on a dit que les malades urinaient dans leur kyste. Je vous parlais tout à l'heure des femmes qui venaient à l'hôpital se faire ponctionner. On a cité, comme total du liquide enlevé, des chiffres curieux, montrant que la sécrétion du kyste est véritablement extraordinaire, atteignant 400, 500 litres, et beaucoup plus par an.

Cette énorme soustraction de liquide (qui contient de l'albumine et des matières organiques) ne s'accomplit pas sans déchéance. Les malades deviennent cachectiques, décharnées. Les membres sont squelettiques, le visage émacié, flétri, les yeux enfoncés dans les orbites. Cette maigreur contraste avec la grosseur du ventre. Dans le cancer utérin, le facies peut être amaigri, mais pas au même point. Je crois que le principal facteur de l'amaigrissement est la sécrétion du kyste. A ce moment, les membres s'œdématient et l'on peut observer de la phlébite. La mort peut survenir par cachexie, par dyspnée asphyxiante ou encore par une évolution spéciale de la tumeur vers le cancer.

Je terminerai ma leçon en vous disant quelques mots d'une malade que nous avons examinée mercredi, et chez laquelle nous avions porté le diagnostic de kyste de l'ovaire. Eh bien ! l'opération nous a donné un démenti : il s'agissait d'un fibrome. Je vous indiquais, d'ailleurs, que, pour ces kystes moyens, le diagnostic avec le fibrome était, dans certaines conditions, des plus difficiles. Notre malade, âgée de 53 ans, était encore réglée régulièrement, sans pertes hémorrhagiques. L'examen de l'abdomen montrait

une tumeur bosselée, avec deux bosselures offrant de la fluctuation absolument nette. J'ai discuté devant vous le diagnostic du kyste ovarien avec le fibrome. L'absence d'hémorrhagies, depuis trois années que duraient les choses, la fluctuation constatée sur la tumeur, nous éloignèrent du fibrome. La cavité utérine, d'autre part, mesurait seulement 7 centim. ; elle eût dû mesurer 12, 15 centim., et plus avec un fibrome remontant au-dessus de l'ombilic. Je sais bien que deux raisons venaient un peu à l'encontre du diagnostic de kyste : la prolongation des règles jusqu'à 53 ans, et l'impossibilité de sentir l'utérus indépendant de la tumeur ; mais ce fait négatif n'avait qu'une valeur restreinte. L'opération montra qu'il s'agissait d'un gros fibrome en pleine dégénérescence graisseuse. Au lieu d'une tranche dure, on trouvait à la coupe un magma ramolli, creusé de géodes, cause de la fluctuation que nous avions perçue et qui existait réellement sur la pièce.

Il nous arrivera certainement encore de faire des erreurs de ce genre. Elles n'ont pas grande importance actuellement, puisqu'on opère les deux cas dans les mêmes conditions, mais elles vous montrent combien parfois le diagnostic du kyste de l'ovaire est délicat.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Variétés cliniques du syndrome d'hypertension intra-cranienne. — Ictères chroniques par rétention, d'origine syphilitique. — Traitement du diabète, d'après Avicenne. — Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — Cause d'erreur dans le pneumothorax artificiel : l'insufflation d'une caverne. — L'émétine et les abcès dysentériques du foie. — Microsphygmie avec débilité mentale. — Rapports de l'acidité urinaire avec la blennorrhagie.

M. Henri Claude lit à l'*Académie de médecine* un travail sur les *variétés cliniques du syndrome d'hypertension intra-cranienne.*

Le syndrome d'hypertension intra-cranienne est caractérisé par la céphalée, les vomissements faciles et répétés, les étourdissements ou les vertiges, les modifications de la papille avec évolution vers l'atrophie papillaire.

Ce syndrome se trouve réalisé dans les méningites, dans les tumeurs cérébrales, dans les méningites séreuses (hydrocéphalies acquises). On le rencontre aussi dans des états encore mal définis quant à leur nature et leur substratum anatomique, mais que l'on peut rapporter à l'hypertension intra-cranienne par l'étude manometrique. Ce sont ces états que M. Claude a étudiés d'une façon particulière, s'aidant de l'appareil manometrique qu'il a fait construire pour mesurer avec précision la tension du liquide céphalo-rachidien.

Cliniquement, ces états d'hypertension se manifestent de façons diverses : par des crises de céphalée rappelant la migraine, par des paralysies transitoires subites des nerfs craniens, par des symptômes de néoplasie cérébrale, par des troubles mentaux, des accès hallucinatoires. La manométrie fait alors la preuve de l'hypertension. L'origine des accidents reste assez imprécise ; il y a lieu de penser, toutefois, qu'il s'agit de lésions inflammatoires des espaces sous-arachnoïdiens ou de lésions épendymaires (toxiques ou infectieuses).

M. Claude signale, en dernier lieu, les crises d'hypertension intracranienne qu'il a constatées fréquemment, dans l'hémorrhagie cérébrale, chez les sujets délirants au cours de maladies infectieuses, chez les alcooliques délirants, dans les néphrites scléreuses, etc.

L'exploration manométrique de la tension du liquide céphalo-rachidien, dans ces différents cas, pourra conduire à des interventions thérapeutiques qui auront quelquefois un caractère d'urgence.

— M. Castaigne lit à l'*Académie de médecine* un mémoire sur les *ictères chroniques par rétention, d'origine syphilitique.*

Jusqu'à ces dernières années, il était classique de considérer la syphilis comme susceptible de déterminer l'ictère seulement à la période secondaire. Puis, les études de Hayem, et celles de Chauffard sur l'ictère hémolytique, vinrent modifier cette conception. M. Castaigne, de son côté, s'appuyant sur une série d'observations, estime que la syphilis peut, à la période tertiaire, provoquer des ictères par rétention qui simulent ceux dus à la lithiase biliaire, au cancer de la tête du pancréas ou à l'ictère catarrhal prolongé.

Aussi, dit M. Castaigne, en présence d'un ictère par rétention dont la marche est progressive et qui semble, pour cette raison, relever du traitement chirurgical, est-il judicieux — quand le diagnostic étiologique paraît incertain — de songer à la syphilis avant de pratiquer quelque intervention que ce soit. On cherchera alors à dépister la syphilis par tous les moyens actuellement en usage, et si le malade est syphilitique, on essaiera le traitement spécifique. Celui-ci, s'il guérit les malades, leur aura évité une opération non seulement inutile, mais encore dangereuse, en raison de l'état précaire des sujets.

— M. Albert Robin présente à l'*Académie de médecine* un rapport sur un travail de M. Dinguizli (de Tunis) intitulé : *Traitement du diabète d'après Avicenne.*

Avicenne conseillait, dans le traitement du diabète, l'administration de divers produits végétaux : semen-

ces de semen-contra, fenugrec et lupin. M. Dinguizli a eu l'idée d'employer à nouveau les mêmes produits en cachets ainsi formulés :

Fenu grec	} àâ 1 gr.
Lupin	
Semen contra	0 gr. 50

L'auteur donne un cachet (à jeun) le premier jour, deux cachets les 2e, 3e, 4e et 5e jours, puis augmente jusqu'à neuf cachets en surveillant la tolérance stomacale des malades. Si la dose de neuf cachets ne suffit pas, on peut aller au-delà encore, jusqu'à concurrence de 45 grammes par jour.

M. Albert Robin a essayé personnellement le traitement d'Avicenne chez cinq diabétiques. Ce traitement n'a paru avoir aucun inconvénient. Il a fait disparaître la glycosurie dans deux cas, l'a réduite dans les trois autres. Ces résultats, venant à l'appui de ceux obtenus par M. Dinguizli, permettent de conclure au moins que la médication en question mérite d'être étudiée.

— MM. Thiroloix et Bardon font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *vaccinothérapie typhique.*

MM. Thiroloix et Bardon ont traité 50 cas de fièvre typhoïde par le vaccin typhique du prof. Vincent. La mortalité globale de cette statistique a été de 14 p. 100, à peu près égale à celle des fièvres typhoïdes traitées par le Brandt pur.

Dans 32 p. 100 des cas, le vaccin n'a eu aucune action sur la durée de l'infection éberthienne, mais dans 68 p. 100 des cas, la maladie a été notablement écourtée.

Les auteurs concluent de cet essai prolongé que la vaccinothérapie, tout en étant une bonne méthode thérapeutique, ne semble pas être le dernier terme attendu du traitement anti-typhique. Dans l'état actuel des choses, il est nécessaire de lui adjoindre la balnéothérapie de Brandt. Il conviendrait même de s'en abstenir dans les dothiénenteries graves d'emblée, hyperpyrétiques, avec myocardite.

M. Claisse a employé, depuis deux ans, les injections de cultures stérilisées dans un assez grand nombre de cas de fièvre typhoïde. Son impression d'ensemble est favorable à la vaccinothérapie, tout en reconnaissant que l'effet est parfois faible ou nul. On peut donc recourir aux injections de cultures stérilisées sans aucun risque, avec des chances importantes de succès, en utilisant conjointement les autres modes habituels de traitement de la maladie.

M. Josué a obtenu des résultats très satisfaisants avec l'autovaccinothérapie, c'est-à-dire avec des bacilles, tués par la chaleur, provenant de l'hémoculture du malade même.

M. Variot appuie l'opinion de M. Claisse. Il a vu le vaccin de M. Vincent donner d'excellents résultats dans trois cas très graves de fièvre typhoïde : deux chez des adultes et un chez un enfant de quatorze ans.

M. G. Lion apporte, comme terme de comparaison, la statistique des fièvres typhoïdes soignées par la méthode des bains froids, dans un service de l'hôpital de la Pitié, de 1903 à 1913.

La statistique globale comprend 186 cas, avec une mortalité de 12 p. 100. Dans une première période, de 1903 à 1909, on compta 86 cas et 10 p. 100 de mortalité ; dans une deuxième période, englobant 1910 et 1911, 52 cas et 21 p. 100 de mortalité ; dans une troisième période (1912-1913), 42 cas et 4,7 p. 100 de mortalité. Ces chiffres montrent tout au moins qu'il est illusoire de s'appuyer sur une série limitée de cas pour affirmer la valeur d'une méthode thérapeutique.

M. de Massary, dans sa statistique personnelle réunissant toutes les observations de typhiques passés dans son service depuis trois ans, a noté, pour 46 cas, une mortalité de 4,3 p. 100 seulement. Il emploie, comme traitement, la balnéation modérée, à laquelle il joint l'application permanente d'une large vessie de glace sur l'abdomen, depuis le commencement de la maladie jusqu'à l'apyrexie complète. C'est à cette réfrigération permanente de l'abdomen qu'il attribue les heureux résultats obtenus.

M. Comby a eu recours au vaccin anti-typhique de Vincent chez trois enfants atteints de fièvre typhoïde à forme grave. Dans les trois cas, le vaccin a semblé abréger la durée de la maladie et abaisser la température rapidement.

MM. Rieux, Louis et Combes (du Val de Grâce) ont traité seize typhiques par les injections de vaccin Vincent. Ils ont observé 3 résultats favorables et 13 résultats indifférents. Ils concluent que la vaccinothérapie peut avoir une action favorable, mais inconstante.

M. Netter a constaté également l'influence heureuse du vaccin antityphique dans certains cas. Il rappelle toutefois qu'il a signalé l'apparition, chez un malade, d'une poussée appendiculaire ; chez un autre, d'une détermination sur la vésicule biliaire, qui ont paru imputables à la médication. Il vient d'observer une fois encore une cholécystite chez un typhique traité par le vaccin.

MM. Georges Brouardel et Giroux ont employé la vaccinothérapie chez une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde très grave : le lendemain de la première injection, la malade présenta une poussée appendiculaire très nette ; quarante-huit heures après la deuxième injection, elle eut une crise cholécystique d'une dizaine de jours de durée. Les auteurs citent ce cas, sans en tirer aucune conclusion.

— MM. Rénon, Géraudel et Desbouis signalent à la *Société médicale des hôpitaux* une *cause d'erreur dans le pneumothorax artificiel : l'insufflation d'une caverne.*

Chez une de leurs malades, les auteurs ont pratiqué des insufflations dans une caverne pulmonaire superficielle, alors que tout portait à croire à la péné

tration du trocart dans la plèvre. Toutes les fois, disent-ils, où la radioscopie ne montrera pas un décollement pleural net, on devra soupçonner une insufflation défectueuse. Ce soupçon s'accentuera lorsque, dans des insufflations successives, on verra la pression décroître au lieu de croître régulièrement. Les insufflations dans les cavernes ne tiennent pas la compression.

Pour M. Léon Bernard, une telle cause d'erreur est facile à éviter. Il suffit de suivre toujours les résultats des insufflations devant l'écran radioscopique. On ne saurait pratiquer la méthode de Forlanini sans le contrôle des Rayons X.

— MM. Dopter et Pauron font à la *Société médicale des hôpitaux une* communication sur l'*action de l'émétine dans le traitement des abcès dysentériques du foie.*

Au lieu de traiter, comme d'habitude, l'abcès du foie par l'évacuation de la poche suivie de cure à l'émétine, MM. Dopter et Pauron ont employé, dans deux cas, la marche inverse. Ils ont commencé par les injections d'émétine. Ils ont vu que celles-ci déterminent l'arrêt dans la marche du processus amibien et la régression de l'élément inflammatoire (chute de la fièvre, disparition de la douleur, etc.). Toutefois, si l'émétine transforme l'abcès vivant en un abcès mort, elle est incapable d'assurer la résorption du pus collecté et, pour obtenir la guérison complète, l'évacuation du pus est nécessaire. Quand le traitement à l'émétine a été suivi, la guérison de l'abcès du foie est extrêmement simple ; après l'issue du pus, qui constitue une sorte de corps étranger, la cicatrisation s'effectue avec rapidité.

M. Milian signale, à ce propos, les bons effets du néo-salvarsan dans la dysentérie amibienne. Chez un malade, syphilitique et dysentérique, une seule injection de néo-salvarsan amena la guérison complète de la dysentérie.

M. Milian pense que l'on pourrait recourir au salvarsan chez les malades qui n'ont pas guéri par l'émétine.

— M. Variot rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *microsphygmie permanente avec débilité mentale.*

M. Variot a signalé ce syndrome pour la première fois en 1898. Depuis cette époque, plusieurs auteurs (MM. Richet fils et Saint-Girons, entre autres) l'ont retrouvé un certain nombre de fois, chez des enfants principalement. Le cas actuel de M. Variot présente ceci de spécial qu'il s'agit d'une femme de 37 ans. Chez cette malade, les facultés intellectuelles étaient très réduites, en même temps que le pouls se montrait d'une extrême petitesse.

— MM. Eugène Regnauld et Cottin étudient à la *Société médicale des hôpitaux* les *rapports de l'acidité urinaire avec la gonococcie uréthrale.*

Les auteurs concluent que l'acidité urinaire n'a pas d'influence sur l'évolution de la blennorrhagie. L'alcalinisation artificielle des urines (par les boissons chargées de bicarbonate de soude) ne favorise en rien la guérison des écoulements chroniques et semble aggraver les accidents de la phase aiguë.

Toutefois, l'alcalinisation des urines diminue les réactions provoquées dans certains urèthres par les lavages au permanganate de potasse ou à l'oxycyanure. Elle peut être parfois considérée (à ce point de vue) comme un adjuvant du traitement.

P. L.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Sur quelques accidents d'origine alimentaire

Les faits survenus récemment à Cholet et relatés par la presse politique appellent de nouveau l'attention sur les empoisonnements alimentaires. A vrai dire, ce dernier terme prête un peu à confusion, car parmi les accidents ainsi désignés, il en est qui sont dus à des substances chimiques définies : tels sont les empoisonnements par les champignons (muscarine et phalline), par les moules (mytilatoxine), ou encore par les aliments falsifiés par addition de substances antiseptiques ; les autres — et ce sont ceux-là seulement que nous aurons en vue dans cette brève étude — bien que se présentant, suivant les cas, tantôt comme des accidents infectieux, tantôt comme des toxi infections, tantôt enfin comme des empoisonnements véritables, ont néanmoins ceci de commun que le caractère nocif des accidents incriminés est le fait de contaminations microbiennes (1). Ce sont : 1° les accidents causés par les bacilles paratyphiques ; 2° le botulisme.

A. *Accidents causés par les bacilles paratyphiques.*

I. Les bacilles paratyphiques sont des bactéries voisines du bacille d'Eberth, se présentant comme lui sous forme de bâtonnets courts, munis de cils et doués de mouvements, ne prenant pas le Gram. On en décrit plusieurs variétés, dont les principales sont le bacille paratyphique A et le paratyphique B., auxquels nous joindrons, avec J. Courmont, le *bacillus enteritidis* de Gärtner.

Ces bacilles se distinguent toutefois de l'Eberth et se différencient également entre eux par des réactions de laboratoire sur lesquelles nous croyons devoir nous dispenser d'insister, pour ne pas entrer sur le domaine de la bactériologie pure.

Nous nous contenterons d'indiquer que ces microbes sont agglutinés par le sérum d'animaux inoculés

(1) On n'admet plus guère, à l'heure actuelle, le rôle attribué autrefois aux *ptomaïnes* dans la genèse des intoxications alimentaires.

et par celui des malades infectés. Quant à leur action pathogène, il semble bien que les bacilles paratyphiques A et B agissent en infectant l'organisme par leur pullulation, tandis que le bacille de Gärtner agit surtout par sa toxine, laquelle résiste à la chaleur et même à l'ébullition.

En d'autres termes, pour les deux premières variétés, les accidents revêtent le caractère d'une infection, tandis que, pour le bacillus enteritidis, il s'agit plutôt d'accidents toxi-infectieux.

Signalons qu'on a observé des accidents causés par le coli-bacille, et par le *Proteus*, hôte banal des putréfactions.

II. — Nombreux sont les aliments qui peuvent servir de véhicules aux microbes paratyphiques.

La *viande* doit être citée en première ligne : c'est surtout le *B. enteritidis*, qui est alors en cause. Ce ne sont d'ailleurs pas, comme on pourrait le croire *a priori*, les viandes conservées ou « travaillées » qui donnent le plus fréquemment lieu à ces accidents, mais la viande provenant d'animaux fraîchement tués. Les viandes de porc, de veau, de vache sont citées comme le plus souvent en cause. *Presque toujours il s'agit d'animaux malades* et qu'on a dû abattre d'urgence, sans que d'ailleurs l'examen de la viande puisse donner de sérieuses garanties au point de vue prophylactique, car l'aspect macroscopique en est souvent peu modifié. Dans la plupart des cas observés et bien qu'il s'agisse d'affections diverses, (septicémies, abcès, entérites infectieuses, etc.) on a pu isoler le *B. enteritidis* dans les viandes nocives.

Celles-ci sont d'autant plus dangereuses qu'elles sont consommées à un état plus voisin de l'état cru ; d'ailleurs, la cuisson est le plus souvent insuffisante, dans la pratique culinaire habituelle, à rendre de telles viandes inoffensives, soit parce que la température, au centre d'un morceau un peu volumineux, dépasse rarement 50 à 60°, ainsi qu'on a pu l'établir, soit parce que la toxine sécrétée par le *B. enteritidis* résiste, comme nous l'avons vu, à des températures assez élevées.

Les viandes conservées sont, elles aussi, susceptibles de produire des accidents ; même provenant d'animaux sains, elles peuvent avoir été contaminées consécutivement à l'abatage.

Il en est de même des viandes « travaillées », pâtés, saucisses, saucissons, cervelas, puddings, galantine à la gelée, etc. Les causes de contamination, pour ces aliments, sont nombreuses : souvent on emploie, pour leur préparation, des viandes de qualité douteuse ou provenant d'animaux malades ; de plus, les manipulations qu'en pareil cas les viandes subissent sont loin, même si elles sont effectuées avec un souci relatif de propreté, d'être absolument aseptiques.

En tout cas, on conçoit que l'origine de la contamination puisse être très diverse : contact avec d'autres viandes infectées, emploi d'instruments souillés, etc. On a même parlé pour les bacilles paratyphiques, comme pour le B. d'Eberth, du rôle possible de sujets porteurs de germes. A ces causes de nocivité des viandes préparées, il faut encore ajouter, dans certains cas, l'addition de substances antiseptiques, dans un but de conservation.

D'autres aliments sont susceptibles de donner lieu aux accidents qui nous occupent, et parmi eux il faut citer la *crème* employée à la confection de certains gâteaux (choux, Saint-Honoré, etc.). On discute sur la cause véritable des empoisonnements provoqués par ceux-ci. Le *lait* employé à la préparation de ces crèmes peut avoir été cantaminé par les paratyphiques, soit accidentellement, soit chez la vache elle-même, atteinte de mammite. Quant aux œufs, Metchnikoff admet leur pollution possible dans l'oviducte de la poule, les germes introduits dans la traversée de cet organe trouvant dans l'albumine de l'œuf un milieu de culture extrêmement propice. Toutefois Balthazard a émis récemment l'hypothèse suivante : les microbes ayant pénétré dans l'œuf y détermineraient une série de transformations de l'albumine qui aboutiraient à la formation de ptomaïnes, et ce sont ces dernières qui seraient la cause des accidents.

L'*eau*, les *huîtres* sont également susceptibles d'être contaminées par les paratyphiques.

Nous devons mentionner l'influence des *saisons*, des accidents étant surtout fréquents en été et en automne.

Enfin, il convient de noter qu'ils se présentent ordinairement sous forme d'épidémies limitées à de petites collectivités ayant fait usage des mêmes mets.

III. — Les lésions observées sont variables : on a trouvé tantôt des lésions des organes lymphoïdes rappelant celles de la dothiénentérie, tantôt des lésions inflammatoires ou ulcératives de la muqueuse du tube digestif rappelant ce que l'on voit, soit dans les empoisonnements par des toxiques chimiques, soit dans la dysentérie.

L'hypertrophie de la rate, les dégénérescences du foie et des reins sont très souvent signalées.

IV. — Les accidents dus aux paratyphiques se présentent en clinique sous différentes formes.

a) Tantôt ils revêtent l'allure d'un simple *embarras gastrique* : céphalée, malaise général, état saburral, parfois diarrhée et vomissements. C'est la forme la plus légère.

b) D'autres fois, l'atteinte du malade est plus grave : après des symptômes de début analogues à ceux que nous venons de décrire, on voit s'installer une diarrhée fréquente avec coliques, ténesme, selles sanguinolentes, en somme un ensemble rappelant la *dysenterie*. Des vomissements peuvent s'y ajouter, en même temps que les phénomènes généraux s'accentuent : la fièvre est élevée, il y a de la céphalée, des frissons, le malade tombe dans un état voisin de la prostration typhique.

c) Dans d'autres cas, le tableau clinique se rapproche de celui du *choléra nostras*. La diarrhée devient extrêmement fréquente : dix, vingt selles par

✦✦✦

jour ; celles-ci sont aqueuses et prennent souvent le caractère riziforme ; il y a des vomissements. L'état général s'altère rapidement : le pouls est petit, la température s'abaisse jusqu'à l'algidité ; il y a de l'anxiété, de la tendance au collapsus ; enfin des crampes complètent ce tableau. L'évolution, dans ces cas, est rapide et la mort est à redouter.

d) Enfin, dans de nombreux cas, la symptomalogie rappelle de très près la *fièvre typhoïde* au point que le diagnostic entre les deux affections est impossible sans des méthodes de laboratoire ; l'état général est le même : fièvre, état typhique, grosse rate, taches rosées. Seules quelques anomalies de détail, dans les symptômes ou dans l'évolution, peuvent faire soupçonner qu'on se trouve en présence d'une infection paratyphique. Cette forme se complique parfois d'ictère. Elle peut, comme la dothiénentérie, donner naissance à des hémorrhagies intestinales.

Telles sont, sommairement esquissées, les différentes formes que peuvent revêtir les accidents dus aux bacilles paratyphiques.

Il convient de noter que les bacilles A et B donnent surtout les formes qui simulent, soit l'embarras gastrique, soit la dothiénentérie tandis que le *B. enteritidis* de Gärtner donne lieu surtout aux formes dysentérique et choléra nostras.

V. — Le diagnostic est souvent impossible à faire avec les seules ressources de la clinique. Il est cependant intéressant de le poser et de différencier notamment les infections paratyphiques A et B d'avec la fièvre typhoïde, car le pronostic est très différent, soit immédiatement,les infections à paratyphiques étant d'une manière générale plus bénignes que la fièvre typhoïde, soit pour l'avenir, les premières n'immunisant nullement contre la seconde. Toutes les fois que la chose sera possible,il faudra donc avoir recours aux procédés de laboratoire : séro-diagnostic ou hémoculture.

Le pronostic, assez bénin pour les infections à paratyphiques A et B, l'est moins pour les accidents dus au bacille de Gärtner ; la mortalité pour ces derniers serait de 1,5 % d'après Sacquépée. Les accidents provoqués par les crèmes ont donné souvent un taux élevé de mortalité.

B. *Le botulisme.*

Moins fréquent que les accidents dont nous venons de nous occuper, le botulisme occupe une place à part parmi les intoxications d'origine alimentaire, se traduisant en clinique, non plus par des symptômes généraux ou digestifs, mais une atteinte remarquable du système nerveux ; il est dû à une toxine sécrétée par une bactérie spéciale, découverte en 1895 par Van Ermengem, le *Bacillus botulinus.*

I. — Le botulisme (de *botulus,* boudin) est une affection rare, qui a été surtout observée dans l'Allemagne du Sud, mais qu'on a signalée aussi quelquefois en France, en Belgique et en Angleterre. Il se manifeste sous forme d'épidémies limitées, sans tendance à l'extension, atteignant un groupe d'individus ayant fait usage à un moment donné du même aliment.

Quels sont les aliments qui peuvent donner lieu aux accidents du botulisme ? Il s'agit toujours d'aliments très facilement putrescibles, préparés sans stérilisation suffisante et conservés ensuite pendant des mois pour être consommés le plus souvent sans nouvelle cuisson : telle est la saucisse de Würtemberg qui se prépare, d'après Esmein, en ajoutant à un mélange de sang de porc, de foie, de poumon et de graisse du même animal hachés ensemble,du *sang de bœuf en décomposition.* Cette mixture, après avoir été ébouillantée et fumée, ne se consomme que *plusieurs mois* après sa préparation et se mange à peine cuite. Les boudins, le jambon mangé cru ou seulement salé, les pâtés de viande conservés dans une couche de graisse, sont cités parmi les mets pouvant donner du botulisme. Les conserves de viandes ou de légumes en boîtes peuvent également provoquer les mêmes accidents ; mais il s'agit alors de conserves mal préparées, n'ayant subi qu'une stérilisation insuffisante.

II. — Les accidents du botulisme débutent, dans la règle, de douze à vingt-quatre heures après l'ingestion de l'aliment nocif. Ce sont des douleurs épigastriques, une constipation opiniâtre, des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, puis noirâtres, enfin des vertiges, accompagnés d'une sensation de brouillard devant les yeux, qui constituent les phénomènes du début.

Très rapidement, la maladie atteint sa période d'état, dont la physionomie est absolument spéciale : elle se traduit, en effet, à peu près exclusivement par des symptômes d'ordres nerveux, par des paralysies motrices et secrétoires prédominant sur le domaine des différents nerfs craniens. C'est d'abord, du côté de l'œil, de la diplopie, puis de l'amblyopie, allant presque jusqu'à la cécité. Les pupilles sont dilatées, immobiles. Les muscles oculaires sont paralysés, d'où strabisme ou immobilité de l'œil.La paralysie gagne d'ordinaire les territoires d'autres nerfs craniens : paralysie de la langue, du pharynx, du larynx. Les muqueuses correspondantes sont le siège de troubles sécrétoires (sécheresse, rougeur, soif vive).

Dans les cas bénins, les accidents se bornent là, et en quinze jours ou trois semaines, les paralysies rétrocèdent et la guérison survient.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans les cas graves, les phénomènes paralytiques s'étendent à de nouveaux territoires ; tantôt ce sont des troubles bulbaires : dyspnée, troubles du rythme cardiaque, hypotension, pouvant aboutir à une mort rapide, tantôt la paralysie gagne les muscles des membres et réalise le tableau d'une polynévrite généralisées. Enfin les viscères peuvent finalement être atteints, en particulier le rein.

Le pronostic du botulisme est donc très réservé. La mort survient dans une proportion qui, varie suivant les épidémies, de 15 à 40 %.

II. — L'étude anatomo-pathologique du botulisme expérimental, suppléant à la rareté des autopsies, montre l'existence de lésions électives des cellules des cornes antérieures de la moelle et des noyaux moteurs du bulbe : le syndrome botulien rentre donc dans le groupe des *polio-encéphalo-myélites*.

IV. — Le *Bacillus botulinus* de Van Ermengem est un bâtonnet volumineux, le plus gros microbe après celui du charbon. Il est mobile, renferme des spores, garde le Gram. Il est anaérobie. Les cultures dégagent une forte odeur de beurre rance, odeur que présentent souvent les aliments contaminés. Le *B. botulinus* sécrète une abondante toxine, analogue à la toxine tétanique ou à la toxine diphtérique, et présentant une affinité élective pour les cellules du système nerveux central. L'habitat naturel de ce microbe est la terre et plus spécialement le fumier et les excréments du porc, ce qui explique comment la viande de cet animal peut être contaminée, si l'abatage et le dépeçage se font dans des conditions de propreté insuffisantes. Enfin deux points de la biologie de ce bacille sont très importants à retenir, parce que d'eux découlent des notions prophylactiques : c'est qu'il ne peut vivre dans les milieux fortement salés, et que d'autre part il est tué, *lui et ses spores*, à 70°.

Le *B. botulinus* ne pullule pas dans notre organisme et même est à peu près incapable d'y vivre. Aussi n'est-ce pas par lui-même que ce bacille est nocif, mais *uniquement par sa toxine* qui imprègne les aliments où le bacille a pullulé. Ainsi, alors qu'avec les bacilles paratyphiques A et B nous avions affaire à des accidents purement infectieux, alors qu'avec le bacille de Gärtner nous assistions à des toxi-infections, le botulisme nous apparaît comme une véritable intoxication, mais par une toxine microbienne introduite toute faite dans notre organisme.

V. — Le diagnostic du botulisme est parfois difficile. Cette affection peut être confondue tout d'abord avec différents empoisonnements (d'où dans certains cas une importance médico-légale).

L'intoxication par le *belladone* donne lieu à des manifestations analogues, mais s'en distingue par la cyanose, la tachycardie, le délire.

Les empoisonnements par les *champignons*, par l'*alcool méthylique* peuvent simuler le botulisme.

Enfin ce dernier, lorsqu'il ne donne lieu qu'à des symptômes nerveux, peut être confondu avec la polio-encéphalite aiguë, la paralysie bulbaire asthénique et avec certaines polynévrites. Il va sans dire qu'en l'absence de la notion étiologique, le diagnostic risque fort de rester douteux. Aussi, toutes les fois que la chose sera possible, devra-t-on faire examiner bactériologiquement ce qui pourra rester des aliments suspects, ainsi que les selles du malade : la présence du *bacillus botulinus* donnera alors une certitude.

C. *Prophylaxie et traitement*

Les accidents que nous venons d'étudier sont évitables, au moins dans une certaine mesure.

Pour les viandes, nous avons vu que leur nocivité tient à ce qu'elles proviennent presque toujours d'animaux malades ; l'inspection sanitaire devrait donc permettre d'éliminer ces viandes, mais elle devrait, pour être efficace, porter sur les animaux entiers, d'abord de leur vivant, puis après l'abatage, le seul examen de la viande elle-même, ne permettant pas, le plus souvent, d'arriver à des conclusions précises. Il faudrait exercer une surveillance rigoureuse sur les viandes foraines et les tueries particulières. Il faudrait faire l'éducation des bouchers et des charcutiers au point de vue de la propreté des locaux, du matériel et du personnel. Pour le cas particulier du botulisme, une cuisson suffisante et une salaison soigneuse en préserveraient le consommateur, puisque nous avons vu que le bacille de Van Ermengem ne se développe pas en milieu fortement salé et que sa toxine est thermolabile.

En ce qui concerne les crèmes, c'est par un chauffage suffisant (100°), par l'emploi d'œufs frais, par la conservation du produit une fois préparé dans un endroit frais, qu'on évitera dans la mesure du possible les accidents d'intoxication. Là encore il y aurait à faire l'éducation des pâtissiers.

Quant au traitement proprement dit, il est variable suivant les formes et est en général purement symptomatique : évacuation de l'estomac et de l'intestin dans les cas qui se comportent comme de véritables empoisonnements, médication s'adressant à l'état général, au collapsus, diète hydrique avec boissons abondantes, Mayet recommande, dans les intoxications par les gâteaux à la crème, l'ingestion de noir animal à raison d'une cuillerée à café dans un verre d'eau, toutes les demi-heures. Signalons enfin que, pour le botulisme, on a étudié récemment un sérum sur la valeur duquel on n'est pas encore fixé.

Dr CHABANON.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Quelques mots sur la chirurgie esthétique de l'oreille.

Bien que les anomalies de l'oreille soient extrêmement nombreuses et qu'elles paraissent défier toute description, il est cependant possible de les ranger en deux grands groupes

Le premier est constitué par des malformations complexes qui consistent généralement en absence ou atrophie du pavillon avec atrésie du conduit, absence ou atrophie de l'oreille moyenne, ou de l'oreille interne. L'état d'autres parties telles que le voile du palais, les mâchoires, quelquefois simultanément atteintes, attestent souvent l'origine commune de tous ces troubles, contemporains de la vie fœtale. Le second groupe com

prend des malformations qui proviennent d'arrêt de développement moins prononcé ; le pavillon est seul touché. Il s'agit de fistules congénitales, d'implantations vicieuses, d'adhérences du lobule, d'accolement du tragus à l'antitragus, etc.

Nous laisserons de côté les malformations complexes contre lesquelles la chirurgie est impuissante, les anomalies du second groupe d'importance secondaire, pour ne nous occuper que des vices d'orientation du pavillon d'origine congénitale.

Les oreilles mal attachées ont reçu les noms les plus divers : oreilles proéminentes, oreilles en anse, oreilles décollées, éversion du pavillon, etc. L'oreille peut être simplement écartée ou à cet écartement peuvent s'adjoindre des anomalies de configuration et des anomalies de contour de l'hélix.

Anomalies de direction. — Le pavillon s'écarte du crâne et tend à former avec lui un angle plus ouvert que normalement, angle droit ou même obtus, d'où augmentation de surface de la face postérieure de l'oreille.

Cocherel distingue en outre :

1° L'enroulement du pavillon autour de l'axe vertical avec soudure du bord postérieur de l'hélix aux parties antérieures.

2° L'enroulement du pavillon autour d'un axe horizontal de haut en bas. D'ordinaire l'écartement n'est pas le même sur toute la hauteur du pavillon ; il n'est pas rare d'observer un éversement considérable de l'extrémité supérieure, tandis que le reste de l'oreille occupe une situation presque normale Chez certains sujets, cette disposition s'exagère au point que l'oreille semble cassée.

Anomalies de configuration. — Ces anomalies peuvent s'ajouter aux précédentes. Elles consistent le plus souvent dans le déplissement et l'étalement du pavillon.

La conque est généralement agrandie dans toutes ses dimensions, elle est plus spacieuse, et plus creuse.

L'anthelix est peu développé, il peut manquer. On peut noter l'absence d'une de ses branches de bifurcation, surtout de la postérieure. En certains points, le cartilage n'a pas sa consistance normale : ici il est mince, là résistant, épais. L'hélix est élargie, ou ne s'enroule pas. Son bord supérieur est parfois échancré ou fait entièrement défaut ; le tubercule de Darwin, renflement mousse au niveau du tiers supérieur de l'hélix, est souvent très marqué

Traitement chirurgical. — En dehors du traitement chirurgical, nul traitement n'est efficace. Le principe de la méthode la meilleure **réside dans la résection du cartilage** ; ce point est capital ; faute d'en tenir compte, on s'expose à pratiquer une opération inutile

Indications, contre-indications, préparation du malade. — Chez l'adulte, l'anesthésie locale offre ses avantages ordinaires, mais l'œdème produit par le liquide de l'injection gêne beaucoup dans l'appréciation des portions de peau et de cartilage dont l'ablation doit amener le résultat esthétique voulu.

Chez les enfants, l'anesthésie générale est seule possible

Le chlorure d'éthyle doit être rejeté, à notre avis. Quoi qu'on en dise, il est difficile d'obtenir avec cette substance une anesthésie prolongée ; cet inconvénient, joint aux dangers de syncope qu'elle entraîne au même titre que chloroforme et éther, font que nous ne faisons plus usage que de ceux-ci.

La veille de l'opération, le malade sera rasé, et la région opératoire soigneusement désinfectée. Il est de toute nécessité de proscrire la teinture d'iode qui est contre-indiquée dans toutes les autoplasties. L'asepsie le plus rigoureuse est de rigueur ; faute de l'observer, on s'expose aux complications les plus désastreuses (périchondrite, nécrose partielle du cartilage, suppuration). De cette crainte doit s'inspirer la recherche de toutes les contre-indications d'ordre local ou général. L'otite externe, l'infection du cuir chevelu, l'eczéma, l'impétigo, la tendance aux chéloïdes constituent autant de raisons de rejeter temporairement ou définitivement une opération esthétique.

Qu'il s'agisse d'écartement simple des oreilles, la méthode de choix est *la reposition* ; qu'il s'agisse d'étalement et d'ampliation du pavillon, il faut s'adresser à la *réduction par plissement.*

Technique de la reposition simple. — Deux incisions courbes sont tracées en regard l'une de l'autre, l'une sur la face postérieure du pavillon, l'autre sur la région mastoïdienne. Ces deux incisions se réunissent en haut et en bas aux deux extrémités du sillon auriculo-mastoïdien. Elles ne sont pas rigoureusement symétriques par rapport à ce sillon, le point culminant de l'incision placée sur l'oreille étant plus éloigné du sillon que le point correspondant de l'incision mastoïdienne. La zone cutanée délimitée par l'aire tracée au bistouri est disséquée et excisée.

A ce moment, l'opérateur a sous les yeux le fibro-cartilage de l'oreille reconnaissable à sa couleur jaune. Sur sa partie la plus convexe, on taille une longue bande verticale convexe, on l'enlève dans toute son épaisseur, en prenant bien garde de ne pas étirer la peau de la face externe de l'oreille ; la réparation du cartilage et des téguments s'opère aisément. Il faut réaliser plutôt *une hypercorrection*, poursuivre l'exérèse en haut et en bas : 5 ou 6 points de suture au catgut fin rapprochent les tranches cartilagineu-

ses ; puis les lèvres de la plaie cutanée sont rapprochées et suturées à la soie fine.

La forme du lambeau cartilagineux réséquée a été décrite elliptique ; en fait cette forme varie suivant les circonstances.

Technique du redressement par plissement. — Cette technique a pour but la création de plis dans tous les cas où le pavillon est en même temps qu'écarté, étalé, dépourvu de reliefs. Ce gaufrage diminue la surface de l'oreille et facilite la reposition proprement dite. Le principe de cette méthode est des plus simples.

Supposons que le cartilage soit plissé d'une manière quelconque ; il se forme du côté de sa face externe une saillie correspondante : que cette disposition soit rendue permanente,il en résultera la possibilité d'effectuer un véritale modelage de l'oreille.

Chez l'enfant, le cartilage est assez mou pour se plisser quand on noue les chefs d'un fil qui le traverse en deux points. Chez l'adulte dont le cartilage est plus rigide, il faut procéder différemment. Le cartilage est d'abord incisé dans le sens où l'on veut créer le pli, puis *les fils perdus* qui traversent chaque tranche sont noués.

Les deux tranches du cartilage font saillie sur la face externe et le pli est ainsi créé. Tel est le principe de la méthode du redressement par plissement.

Il va de soi que la création des plis est d'abord précédée de la reposition de l'oreille telle qu'elle est donnée plus haut.

On ne peut décrire des règles absolument fixes. C'est affaire à l'opérateur d'imaginer avec les méthodes décrites, un plan d'action applicable aux circonstances

Suites opératoires. — Les suites sont des plus simples, on n'observe ni œdème ni sphacèle. Si l'asepsie a été bonne, la réunion se fait par première intention ; au bout de 5 ou 6 jours, les fils externes sont enlevés.

Il est bon de conseiller, jour et nuit, le port d'un bandeau durant un mois.

Dans les cas complexes, il est préférable d'opérer en 2 temps.

La chirurgie esthétique de l'oreille vaut la peine d'être mieux connue, elle mérite mieux que la fortune restreinte qui lui a été faite jusqu'ici. Les quelques malades auxquels nous l'avons appliquée nous ont conservé, chose étrange, une reconnaissance que le temps ne paraît pas devoir altérer

D[r] R. Houlié.

MALADIES ÉPIDÉMIQUES

Par quelles voies s'éliminent les bacilles typhiques et diphtériques.

La connaissance des voies d'élimination des agents pathogènes et surtout celle de l'évaluation du temps pendant lequel s'éliminent ces agents, constituent des facteurs très importants en matière de *prophylaxie des maladies épidémiques.*

I. *Bacille typhique.* Nous savons maintenant que les malades et les convalescents de fièvre typhoïde conservent souvent très longtemps les germes pathogènes, soit dans leur vésicule biliaire, soit dans leur vessie urinaire ; ils les rejettent au dehors, d'une manière continue ou par intermittence, mélangés à leurs matières fécales, ou bien à leurs urines.

Mais Purjesz et Perl (*Wien. klin. Wochens*, 1912, n° 40) nous apprennent que ceux-ci peuvent également être éliminés *par la voie buccale.* Au cours de la fièvre typhoïde s'observent parfois des ulcérations bucco-pharyngées, dont l'évolution semble suivre celle des lésions intestinales ; or, les frottis effectués à leur surface ont permis dans la plupart des cas l'ensemencement de bacilles typhiques, tandis que de semblables recherches sont restées infructueuses pour de simples angines érythémato-pultacées. Plus rares seraient les résultats positifs obtenus avec les enduits linguaux et amygdaliens chez les typhiques.

Ces données s'appliquaient jusqu'ici uniquement à *la période fébrile* ; mais les auteurs précités ont étudié à ce point de vue les *convalescents de fièvre typhoïde.*

Avec de petits tampons d'ouate stérilisée, il ont frotté les amygdales et les dents (de préférence les dents cariées ou les racines). Puis l'ouate a été plongée dans du bouillon, et les cultures ont été mises à l'étuve pendant 48 heures. Au bout de ce temps, le bouillon a été ensemencé sur les mileux de Conradi-Drigalski et d'Endo. Les échantillons bacillaires ont été soumis aux réactions caractéristiques du bacille typhique, et notamment à l'agglutination.

Tandis que cette expérience donnait des résultats positifs pour 60 *p.* 100 *des cas pendant le stade fébrile* (maladies légères ou graves), elle procurait chez les *convalescents* la proportion de 50 *p.* 100 (ensemencement de l'enduit dentaire), et *celle de* 30 *p.* 100 (exsudat amygdalien) jusqu'au 47[e] jour de la convalescence.

Conclusions. Tout à fait secondaire est l'intérêt diagnostique de ces constatations, puisque le sérodiagnostic est plus rapide et plus certain. Mais au *point de vue prophylactique*, la notion de la *présence fréquente et prolongée du bacille d'Eberth dans la cavité bucco-pharyngée* est plus intéressante. Les cuisinières porteuses de bacilles semblent, en effet, jouer un rôle particulièrement important dans la production de certaines épidémies familiales ; or, jusqu'à présent, on

l'attribuait tout naturellement ce rôle à la contamination des aliments par les doigts souillés de *matières fécales* et d'*urines* ; mais l'agent de contamination ne serait-il pas quelquefois contenu dans la *salive* ?

Chez le typhique convalescent, tous les excreta peuvent retenir le bacille ; aussi doivent-ils être considérés comme capables de transmettre l'infection.

***

II. *Bacille diphtérique.* La diphtérie était généralement considérée comme une infection locale, n'agissant à distance que par intoxication. La présence du bacille de Lœffler dans le sang était attribuée à un phénomène agonique. Cependant, quelques auteurs démontrèrent qu'on le rencontrait aussi, durant la vie, dans le sang et même dans les organes des malades, dans les formes légères comme dans les formes graves et même pendant la convalescence.

Conradi et Bier, dans les mêmes conditions cliniques (diphtériques graves ou bénins convalescents) ont ensemencé sur sérum l'urine de 155 malades, après centrifugation : or, dans 54 de ces cas, ils ont obtenu des cultures du bacille.

Ces résultats montrent : 1° que le passage du bacille diphtérique dans le sang est moins rare qu'on ne l'admet ordinairement, puisque ce passage est la condition de l'élimination urinaire ;

2° Que *l'urine des diphtériques doit toujours être considérée comme suspecte, et comme douée d'un pouvoir infectant.*

Vaccinothérapie et sérothérapie de la coqueluche.

L'agent pathogène de la coqueluche est, on le sait, le bacille de Bordet et Gengou (1906). C'est une petite bactérie ovoïde, de dimensions très minimes, se rapprochant du bacille de Pfeiffer, et appartenant comme lui au groupe des cocco-bacilles hémophiles. Il se trouve en cultures presque pures dans certaines parties des crachats du début de la coqueluche (parties blanches, épaisses, riches en leucocytes), chez des nourrissons ou de jeunes enfants indemnes jusque-là d'affections des voies respiratoires. Mais il disparaît rapidement des exsudats, où apparaissent d'autres microbes. Aussi sa recherche est-elle délicate, rarement couronnée de succès ; sa spécificité n'a d'ailleurs encore été appuyée que par un petit nombre d'auteurs.

Il faut le cultiver sur bouillon glycériné au 1/100e additionné de volume égal de sang ou de sérum de lapin, ou sur le milieu de choix de Bordet et Gengou constitué par parties égales d'un extrait glycériné et gélosé de pommes de terre et de sang.

Ce bacille est agglutiné par le sérum des enfants convalescents de coqueluche ; mais il se différencie surtout des microbes voisins par le phénomène de la déviation du complément.

Sauf en période d'agonie, cet organisme ne pénètre pas dans le sang des malades, et la coqueluche peut être considérée comme une maladie infectieuse localisée.

Le bacille de Bordet-Gengou agit par une endotoxine à action irritante, voire même nécrotique, sur la muqueuse des premières voies respiratoires, et il détermine dans l'organisme la production d'anticorps longtemps persistants. Cette apparition des anticorps est même assez tardive (la déviation du complément n'étant guère positive avant la fin de la deuxième semaine des quintes) ; mais ceux-ci persistent longtemps après la maladie (3 à 13 ans), d'où la rareté des récidives dans la coqueluche.

I. *Vaccinothérapie.* En Amérique, certains auteurs ont utilisé la vaccination par inoculation du bacille de Bordet : beaucoup d'enfants furent améliorés, et alors l'amélioration était rapide ; d'autres ne furent pas modifiés.

A côté de ces résultats inconstants de la vaccinothérapie, il faut encore noter l'emploi de la vaccination, à titre prophylactique. Sur 14 enfants vaccinés, qui restèrent en contact permanent avec des coquelucheux, un seul fut contaminé, et sa coqueluche fut extraordinairement courte.

Ch. Nicolle et Conor (1) ont tenté également des essais de vaccinothérapie par inoculation aux malades de cultures vivantes du microbe de la coqueluche (dit de Bordet).

L'émulsion employée était préparée en utilisant des cultures âgées de 48 heures. Chaque goutte d'émulsion, représentant 400 millions environ de microbes, était diluée dans 2 cm. cubes d'eau physiologique. Les sujets reçurent, par injection, de 1 à 5 gouttes d'émulsion et les injections furent répétées tous les 2 ou 3 jours. Jamais elles ne donnèrent lieu à des réactions générales ou locales.

122 enfants furent traités, mais 104 seulement purent être suivis dans des conditions suffisantes.

Sur ces 104 observations, on constata 37 guérisons, 40 améliorations et 27 états stationnaires. Sur les 37 guérisons, 29 survinrent après 2 à 5 inoculations, c'est-à-dire en 3 à 12 jours.

A noter que dans les cas de guérison, on constate une amélioration très rapide, en général dès la première ou la deuxième inoculation. Cette amélioration se traduit surtout par une diminution de l'intensité et du nombre de quintes nocturnes. Ce sont là des résultats très encourageants

II. *Sérothérapie.* Duthoit a traité un total de 93 cas par le sérum de Bordet-Gengou. Pour ces essais, il ne s'est adressé qu'à des sujets chez lesquels il avait lui-même constaté au minimum une quinte caractéristique, et fait noter, avant l'injection, aussi soigneusement que possible, le nombre des quintes par jour ; à part quelques pratiques d'hydrothé-

(1) Académie des sciences.

rapie, aucune médication interne n'était employée.

Quoique cet auteur estime le nombre de ses observations encore insuffisant pour émettre un jugement, il pense que : (1)

1° L'innocuité du sérum est certaine, même pour les fortes doses ;

2° La quantité à injecter ne doit pas être mesurée suivant l'âge des enfants ;

3° L'action active du sérum est rapidement épuisée, ce qui rend le plus souvent insuffisante une injection unique, faite même au début, quelle que soit sa dose ;

4° Il faut injecter d'emblée des doses fortes (30 centimètres cubes), même à de tout jeunes enfants, et renouveler ces mêmes doses, d'une manière régulière, jusqu'à sédation des quintes ;

5° Les injections répétées doivent être faites tous les 4 ou 5 jours au maximum, cela pour éviter la production d'accidents sériques ;

6° L'action du sérum s'épuise un certain temps après qu'il a été recueilli.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus en Russie par Klimenko ; très généralement le nombre des quintes diminue d'une manière frappante et la maladie est écourtée.

D'après BORDET, il ne semble pas, malgré ces résultats favorables, que la sérothérapie anticoquelucheuse soit appelée à produire des effets comparables à ceux de la sérothérapie antidiphtérique, qui, si souvent, jugule rapidement la maladie.

Dr FISER.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Les empoisonnements par les champignons. — Le séro-diagnostic des affections helminthiques. — Cinq ans de pratique du pneumothorax artificiel. — L'air chaud dans le traitement de l'anthrax.

Les empoisonnem ents par les champignons

Nous avons publié naguère une leçon très complète sur cette question. Nous trouvons dans la *Petite Gazette médicale* une chronique de notre confrère BAGARRY, qui traite surtout des préjugés relatifs aux champignons et met en garde contre ceux-ci.

C'est *une erreur de croire que tout champignon à bague est comestible, qu'il est encore comestible, si ses feuillets ou lames sont roses, si les limaces et les insectes s'attachent à lui, s'il a une odeur agréable, s'il est ferme, cassant et à peau sèche, s'il a bon goût, s'il ne change pas de couleur quand on le coupe, s'il a été cueilli dans les prés, dans les champs découverts, ou sur le bord des rivières*, etc.,

L'amanite phalloïde, certaines volvaires, les russules, le bolet blafard, la fausse oronge, certains strophaires, espèces très vénéneuses, réunissent toutes ces propriétés.

Préjugé dangereux également que la croyance au noircissement de l'or ou de l'argent au contact des mauvais champignons.

Préjugé dangereux encore que la caillette du lait en présence des mauvais champignons seulement.

De même l'opinion que l'oignon blanc ou l'ail jetés dans le vase où l'on fait cuire les champignons et qui ne doivent pas changer de couleur si ceux-ci sont inoffensifs.

Une bonne précaution consiste à soumettre systématiquement les champignons à une ébullition prolongée, pendant une ou deux heures, dens de l'eau salée qu'on rejette ensuite.

Les soins d'urgence à donner aux empoisonnements par les champignons, en attendant le médecin, consistent à débarrasser les voies digestives, à l'aide d'un vomitif, l'ipéca ; puis d'un purgatif, huile de ricin ou sulfate de soude. On administrera ensuite du lait, de l'eau albumineuse ; on fera des frictions alcoolisées sur la surface du corps pour le réchauffer ; on donnera du café et quelques gouttes d'éther.

Rappelons en terminant que l'empoisonnement par les champignons relève, selon les espèces, de deux alcaloïdes : la *muscarine*, à action immédiate, comportant des pronostics relativement bénins, la *phalline*, dont les effets ne se manifestent que tardivement et se traduisent par une hémolyse intense et sont généralement mortels.

Le séro-diagnostic des affections helminthiques.

L'action des *vers intestinaux* sur l'organisme a été tour à tour niée et affirmée par les auteurs, cependant que, par contre, le populaire continue à y croire fermement. M. GHEDIN, cité par la *Presse Médicale*, vient de publier un important mémoire sur le séro-diagnostic des affections helminthiques, qui permet de comprendre certains phénomènes observés au cours de l'helminthiase, la fièvre, les troubles nerveux, l'oligémie, etc., qui permet aussi de poser des diagnostics précis, notamment en ce qui concerne l'echinococcose, et d'où découlera, un jour, une thérapeutique spécifique, dont on a déjà tenté des essais dans l'ankylostomiase.

Cinq ans de pratique du pneumothorax artificiel.

Nous avons publié, l'année dernière, sur cette question, le rapport documenté de notre ami HERVÉ, de La Motte-Beuvron, au Congrès international de la tuberculose,

(1) Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles (1er juillet 1912).

Les conclusions auxquelles arrivent MM. DUMAREST et MURARD dans le *Bull. Méd.*, sont identiques ; les voici *in extenso* :

« La méthode de Forlanini est l'arme la plus puissante que l'on possède, à l'heure actuelle, pour lutter contre les formes caséeuses destructives unilatérales de la tuberculose pulmonaire. Dans certains cas où toute autre thérapeutique a échoué, elle est susceptible de donner des résultats inespérés et de sauver des malades qui, sans elle, seraient irrémédiablement perdus. Les complications pleurales, qui viennent malheureusement trop souvent compromettre l'excellence du résultat définitif, ne sauraient être un obstacle à son emploi dans les cas graves d'évolution progressive ; elles s'opposent pourtant à une plus grande extension des indications de la méthode qui, sans elles, pourrait être appliquée à toutes les formes évolutives unilatérales, caséeuses ou fibro-caséeuses, quel que soit leur degré. Aussi y aurait-il un grand intérêt à connaître exactement la pathogénie de ces pleurésies, ce qui permettrait peut-être de les éviter. Le pneumothorax artificiel pourrait, dès lors, être considéré comme une méthode tout à fait inoffensive, applicable, par conséquent, à un très grand nombre de cas. »

L'air chaud dans le traitement de l'anthrax.

Au dire de M. GRÉGOIRE, dans *Paris Médical*, l'air chaud donne d'excellents résultats dans le traitement de l'anthrax, à la condition qu'il soit utilisé opportunément. Sa technique consiste à faire dans l'anthrax une large incision cruciale qui dépasse en largeur la limite des bourbillons et qui pénètre profondément jusqu'aux tissus sains. Quatre lambeaux sont taillés par le bistouri à plat, sous lesquels on insinue des compresses qui les maintiennent soulevés. Dès le lendemain, on emploie le courant d'air chaud, promené sur la plaie mise à nu pendant dix minutes.

« On voit rapidement l'ichor qui enduit la « plaie s'assécher. Les bords prennent un aspect « noirâtre, comme calciné ; le fond devient sec, « rôti ; les lambeaux se recroquevillent. La plaie « est alors bourrée de compresses, et ainsi deux « fois par jour, on renouvelle la manœuvre. On « est frappé de voir, contrairement à ce qui se « passe d'habitude, qu'à chaque nouveau pan- « sement, les compresses sont à peine tachées de « pus, et cependant, sous cette couenne dessé- « chée, le travail de cicatrisation se poursuit « rapidement. Dès le début, toute douleur a « disparu. On peut ainsi obtenir en trois semaines « la guérison complète d'anthrax qui auraient « mis deux mois à se cicatriser autrement ».

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude du scorbut infantile (formes frustes), par le Dr VESVAL. Thèse de doctorat Paris, 1913. A. Leclerc. éditeur.

I. — A côté des formes classiques de la maladie de Barlow qu'il est assez facile de diagnostiquer, il en est d'autres qui ne se présentent au médecin qu'avec un ou deux symptômes. Ce sont des formes frustes d'autant plus importantes à connaître qu'elles ont donné lieu à de grossières erreurs

Des enfants ont ainsi été traités comme atteints de névrite, de paraplégie, de paralysie infantile, de paralysie syphilitique ou rachitique, d'ostéomyélite, d'ostéite tuberculeuse, de coxalgie, de rhumatisme, de méningite, d'hémophilie, etc.

Pour pouvoir, dans ces cas, dépister la maladie de Barlow, il faut être averti. Aussi devant un enfant présentant des troubles vagues, le plus souvent à prédominance douloureuse, qu'on attribue trop facilement à la croissance, il faudra toujours s'informer de son alimentation : s'il est nourri artificiellement avec des produits conservés, on pensera au scorbut infantile.

II. — Le scorbut infantile frappe surtout entre cinq et dix-huit mois les enfants qui sont nourris avec des laits modifiés stérilisés ou avec des spécialités alimentaires auxquelles le surchauffage a fait perdre leurs propriétés antiscorbutiques.

III. — La maladie de Barlow n'est pas une forme de rachitisme, avec lequel elle peut coexister, mais une forme infantile du scorbut de l'adulte

IV. — Le pronostic est bon et dépend de la précocité du diagnostic. Le scorbut se termine rarement par la mort.

V. — Le traitement est simple et très efficace. Il consiste à remplacer les aliments conservés par des aliments frais. De plus, on prescrira du jus de citron. Comme prophylaxie, on considérera les laits ayant subi une préparation industrielle quelconque, même le lait stérilisé, comme des médicaments plutôt que comme des aliments.

Dans les cas où ils seront indiqués, on n'en prolongera pas l'emploi et on leur adjoindra un peu de jus de citron ou d'orange

De la démence chez les épileptiques. — Dr Alfred LEGAL. Thèse de doctorat, Paris 1913. A. Maloine, éditeur

Ce volumineux travail peut être considéré à bon droit comme enrichissant la psychiatrie d'un chapitre, sinon complètement nouveau, du moins très complet. Tous ceux qui s'intéressent aux questions d'aliénation mentale le liront avec profit, et apprendront ainsi à connaître cette forme de démence dite épileptique, spéciale aux épileptiques, et liée directement à leur état, c'est-à-dire à l'action des crises convulsives sur le cerveau.

CORRESPONDANCE

Le tarif des honoraires pour accidents du travail du Syndicat d'Ille-et-Vilaine.

Le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine, qui compte tant de bons militants, tels que nos amis Patay et Boivin, vient d'adresser à tous les chefs d'entreprise du département la circulaire suivante, concernant le tarif des honoraires médicaux qui sera désormais appliqué aux accidents du travail, en toutes circonstances :

Voilà du syndicalisme agissant, qui fait un heureux pendant à la campagne que nos confrères bretons ont menée avec succès contre l'exercice illégal.

Monsieur,

Dans leurs réunions des 26 novembre et 8 décembre 1913, les médecins de Rennes ont décidé la stricte application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail (modifiée par les lois des 22 mars 1902 et 31 mars 1905).

En conséquence,

1° Tout forfait pour le traitement des accidents du travail est et demeure supprimé ;

2° Le libre choix du médecin par le blessé sera absolument respecté ;

3° Le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine assurera, par tous les moyens, l'application de l'article 30 de la loi :

« *Toute convention contraire à la présente loi st nulle de plein droit.* Cette nullité, comme la nullité prévue au 2e alinéa de l'art. 16 et au 3e alinéa de l'art. 19, peut être poursuivie par tout intéressé devant le tribunal visé aux dits articles....

Est passible d'une amende de 16 *à* 300 *francs et, en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de* 500 *francs à* 2.000 *francs,* sous réserve de l'application de l'art. 463 du code pénal :

1° Tout intermédiaire convaincu d'avoir offert les services spécifiés à l'alinéa précédent ;

2° Tout chef d'entreprise ayant opéré sur le salaire de ses ouvriers ou employés des retenues pour l'assurance des risques mis à sa charge par la présente loi ;

3° *Toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités dues en vertu de la présente loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin* ;

4° Tout médecin ayant, dans des certificats délivrés pour l'application de la présente loi, sciemment dénaturé les conséquences des accidents. »

Les médecins de Rennes prient donc MM. les industriels, chefs d'entreprises, etc., ou leurs

représentants, de remettre dorénavant à chaque ouvrier blessé une note ainsi conçue :

> Le docteur .... *chois par l'ouvrier*, est prié de donner ses soins à notre ouvrier .... blessé pendant son travail le .... et de délivrer les certificats nécessaires à l'application de la loi.
>
> Les soins et certificats seront payés par nous au tarif ouvrier adopté par le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine.
>
> *Le*...
>
> LE CHEF D'ENTREPRISE,

Nous vous soumettons ce tarif minimum.

Le Bureau du Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine, comme il le fait déjà, après un commun accord, avec les sociétés de secours mutuels, se met à la disposition des chefs d'entreprises pour étudier gratuitement tout différend survenu entre eux et le médecin choisi par l'ouvrier.

Dr PATAY, *Président du Syndicat,*

Dr LAUTIER, *Vice-président du Syndicat.*

Dr CAMUZET, *Secrétaire du Syndicat.*

Dr JOUBAIRE, *Trésorier du Syndicat.*

Les procédés des rebouteurs.

Il y a quelque trente ans prospérait dans la bonne ville du Mans un rebouteux tellement célèbre que nul traumatisme dans la région ne se fût privé de l'honneur d'être manipulé par ce miraculeux personnage : hâtons-nous d'ajouter qu'il n'avait rien d'ecclésiastique.

Extrêmement sceptique congénitalement, j'écoutais la narration de ses prouesses avec des soubresauts diaphragmatiques non dissimulés, jusqu'au jour où je compris la solution psychologique de ces succès surnaturels.

Un de mes clients, assez bien pourvu cérébralement pourtant, me racontait comment il avait eu recours en désespoir de cause à cet extraordinaire sorcier, après avoir subi vainement les traitements divers des meilleurs praticiens de la région. Ecoutons plutôt mon client :

« A l'âge de dix-huit ans, je me trouvais atteint, d'une arthrite du genou avec épanchement d'eau. Depuis trois mois, on me faisait des applications de vésicatoires, des pointes de feu, du massage, des essais progressifs de mobilisation ; chose étrange, l'eau avait disparu grâce à mon tempérament de fer, le genou pliait sous l'impulsion des manœuvres du médecin, mais je continuais à boiter, ayant toujours l'appréhension de porter mon pied sur le sol.

Bref, je ne guérissais pas : le conseil de famille, solennellement réuni, après avoir déploré la nullité médicale, décida mon transport chez le guérisseur. Dès mon arrivée, celui-ci m'installa sur une chaise-longue et m'allongea la jambe de toutes ses forces : je hurlais de douleur ; puis il me fit mettre debout me distribua quelques chiquenaudes sur la rotule,

puis un coup de pied au c... en me criant : « Dépêche-toi de marcher droit et je te défends de boîter, entends-tu ! ! » En effet, je marchai sur-le-champ avec perfection, j'étais définitivement guéri ».

Ceci se passait au Mans et non à Lourdes. Et il fallait voir l'expression de culte rétrospectif au souvenir du guérisseur ; je ne puis la traduire au lecteur, et je le regrette.

Un autre cas, dont je ne garantis pas l'authenticité, fut celui d'une jeune femme atteinte de paralysie faciale. Traitée par les massages, les lotions, l'électricité, l'iodure sans succès, elle courut un beau jour chez le guérisseur.

Après lui avoir fait ingurgiter une demi-tasse d'un breuvage composé de millepertuis et d'aigremoine, le bonhomme la prévint qu'elle eût à supporter sans récrimination, un traitement un peu brutal sans doute, mais qui seul la délivrerait d'une infirmité si gênante pour une jolie femme.

Après quoi, tout en bredouillant quelques paroles magiques, il la gratifia d'une respectable gifle. On assure que la malade fut guérie et contente. Un praticien, pour ce fait, eût fait six mois de prison.

N'est-il pas apparent que ces deux succès rentrent dans le cadre des contractures hystériques sur lesquelles l'essence merveilleuse du rebouteur-sorcier aura toujours plus d'influence que le meilleur vouloir du plus honnête praticien ? Ces gens-là ont du fluide et ils magnétisent à jet continu, mais le stock de ce fluide n'est pas en eux : il provient de la bobine surnaturelle que leur octroie le malade.

Nos sorciers manceaux ont conféré au millepertuis et à l'aigremoine des vertus fantasmagoriques : à tout prendre, cela est moins écœurant que le traitement des puerpéralités par le cataplasme d'urine sur les seins.

Toutefois, lorsqu'on se reporte à quelques années en arrière, on ne peut s'empêcher de réfléchir au nombre de blessés que les assurances ont ramenés au bercail médical du fait de la seule valabilité du certificat.

Nous manions des blessés, nous sortons de la farine de lin et de la cantharide pour incursionner dans le traumatisme, fief du rebouteur. Faut-il remercier les assurances ? Non pas, mais la loi de 98 qui a tué le rebouteur. Celui-ci est donc mort et enterré, mais tel l'hydre infernale, il renaît sous d'autres formes. Quelquefois, sous la respectable égide du froc. N'avez-vous pas lu en effet les attestations miraculeuses de guérison par la boisson blanche ?

Tous les Ancônais (ceux d'Ancône et ceux d'ailleurs, sauf l'abbé qui ne me le paraît nullement) ont été restaurés par la dite préparation.

J'en vois absorber des barriques dans ma clientèle : les sœurs tiennent le débit sous l'œil ataxique des pharmaciens.

Dans l'esprit de la masse, plus un malade vomit, ou crache, ou suppure, mieux cela vaut. Le client triomphe lorsqu'il met sous le nez complaisant du praticien un vase totalement rempli. Certes, la diurèse a du bon, mais je renonce à être enthousiaste lorsque je vois des mères de famille jubiler devant d'intarissables fistules. Si l'écoulement tarit, on est dans la désolation : telle est la mentalité nosologique des profanes. C'est pourquoi plus une scarlatine est intense, plus l'entourage est content : « le mal sort bien. »

Si par malheur l'éruption est médiocre, « c'est les remèdes du médecin qui ont fait rentrer la maladie. »

Or, chose imprévue et qui tend à prouver l'incohérence populaire, l'abbé d'Ancône doit ses succès à ce fait que l'éruption tourne court après quelques litres de boisson blanche.

Après cela, concluez : Comment voulez-vous résister à la tentation de transformer ses phalanges en castagnettes pour imiter le bruit de crépitation d'une fracture qui n'existe que dans les méninges de nos juges-malades ? J'oubliais de dire que le guérisseur du Mans a été ravi il y a quelque quinze ans par la Parque inflexible. Néanmoins, je connais un fervent qui est allé le consulter l'année dernière; malheureusement l'homonyme du guérisseur qui est savetier, n'a rien voulu savoir. Pourquoi n'a-t-on pas érigé un buste à ce bienfaiteur qui eût bénéficié d'ex-voto même posthumes ?

Dr Collignon.

Comment on décore les médecins de réserve.

L'administration militaire se plaint du peu de zèle de beaucoup de médecins de réserve. Elle a tort.

Un règlement oblige à avoir 25 ans de grade comme officier pour être porté au tableau de concours pour la Légion d'honneur (1).

Treize médecins de réserve de la France continentale viennent d'être décorés à ce titre.

Trois seulement (dont un officier de santé qui ne peut être que médecin auxiliaire) ont plus de 25 ans de doctorat, donc de grade possible.

2 sont docteurs de 1893, 20 ans.
1 de 1896, 17 ans.
2 de 1897, 16 ans.
1 de 1903, 10 ans.

(1) Erreur. C'est 25 ans de *services militaires* qui sont nécessaires pour être proposable.

N. D. L. R.

Mais plusieurs sont maires ou conseillers généraux.

Conclusion : Faites ou ne faites pas de service de médecin de réserve; cela importe peu pour la Légion d'honneur, pourvu que vous fassiez de la politique.

Je trouve ces décorations politiques très légitimes au Ministère de l'Intérieur, mais au Ministère de la guerre, où elles ont la prétention de récompenser des service militaires, — cela me dégoûte.

On ne peut qu'approuver les confrères qui tirent au flanc pour le service de réserve.

Un membre du *Concours*
qui n'a jamais été ni médecin de réserve,
ni maire, ni conseiller municipal,
et qui ne le sera jamais.

Réponse.

Vos remarques sont, dans l'ensemble, parfaitement justes, et chaque promotion, dans la Légion d'honneur, des médecins du cadre auxiliaire (réserve et territoriale), comporte des .... étrangetés qui justifient pleinement vos critiques. C'est ainsi que dans la plus récente, que vous détaillez au point de vue des années de service des nouveaux légionnaires, figure un confrère qui, il y a belle lurette, a jeté son bonnet de docteur aux orties, pour se tailler une réputation, parfaitement méritée d'ailleurs, comme Directeur de Théâtre.

L'année dernière, vous y avez pu voir des médecins des hôpitaux de Paris, professeurs à la Faculté.

Le Directeur de théâtre avait tous les titres pour être décoré par le Ministère des Beaux-Arts.

Les professeurs, médecins des hôpitaux, en avaient plus encore pour l'être, soit par le Ministère de l'Intérieur, soit par le Ministère de l'Instruction publique.

N'empêche que c'est le Ministère de la Guerre qui leur donne la croix, au titre militaire, au détriment des médecins de complément qui, faisant preuve d'un zèle plus que méritoire dans l'accomplissement de leur devoir, n'ont que cette seule raison de prétendre au ruban rouge.

Les médecins et l'impôt sur le revenu.

Le Président du Conseil, dans la déclaration qu'il a lue à la tribune de la Chambre, a assuré que le gouvernement s'emploierait à faire aboutir l'impôt sur le revenu au Sénat.

En prévision de cette réforme, le Cercle des études professionnelles de droit, qui est exclusivement composé d'avocats à la Cour, a envisagé la situation faite au barreau, et voici le vœu qu'elle a soumis :

Considérant que dans le projet voté par la Chambre et soumis au Sénat, l'impôt s'applique notamment aux revenus produits par le travail et frappe au même titre les commerçants, industriels et les personnes exerçant des professions libérales, avocats, médecins, etc. ;

Considérant que tandis que les commerçants et industriels, en réalisant des bénéfices annuels, accroissent leur capital par l'augmentation de valeur d'un commerce ou d'une industrie qu'ils peuvent vendre, les avocats, ne créant pas un cabinet d'une valeur vénale, voient au contraire, en subissant l'atteinte de l'âge, leur capital diminuer d'années en années et disparaître le jour où ils ne peuvent plus exercer leur profession ;

Considérant que dans le projet soumis au Sénat, les commerçants et industriels ne sont imposés que sur leurs bénéfices nets, que les honoraires des avocats constituent non un bénéfice net, mais un bénéfice brut dant il convient de déduire l'ensemble des frais inhérents à l'exercice de la profession, représentation, loyer, etc., sous peine de fixer pour les avocats une quote-part plus élevée que celle imposée aux commerçants et industriels ;

Que l'avocat, en outre, consacre une notable partie de son temps et de son travail à la tâche gratuite de l'assistance judiciaire ;

Emet le vœu :

Que le Conseil de l'Ordre, joignant ses efforts à ceux déjà entrepris par divers barreaux de France (Lyon, Nice, notamment) intervienne s'il échet auprès des pouvoirs publics à l'effet d'obtenir :

1° Que dans l'établissement du revenu de la profession d'avocat, le chiffre soumis à la taxation soit diminué des charges inhérentes à cette profession ;

2° Que la quotité de l'impôt soit inférieure à celle fixée pour les commerçants et industriels.

Le corps médical au même titre que les avocats serait touché par les nouvelles dispositions fiscales et il ne faut pas qu'il attende, pour faire valoir ses justes revendications, que celles-ci soient devenues définitives. Ce n'est pas au moment où l'on prétend faire supporter au corps médical tout le poids des lois sociales, où l'on est constamment à faire appel à son esprit d'abnégation et de dévouement pour le fonctionnement des services publics, qu'il serait admissible de l'écraser sous des dispositions fiscales qui pèseront sur lui plus lourdement que sur les autres

citoyens. Que ce soit dans les villes où l'augmentation des loyers et des nécessités de représentation convenable pèsent si lourdement sur le budget du praticien, que ce soit dans les campagnes où les locomotions nouvelles tendent à augmenter si fortement ses frais généraux, il est de toute équité qu'il soit tenu compte de ses frais dans l'établissement du revenu imposable, sans cela ce serait sur le médecin que pèserait de la façon la plus lourde et la plus injuste le nouvel impôt. Et cependant, comme pour les avocats, nous ne pouvons transmettre notre clientèle qui est un bien qui disparaît avec nous, bien infiniment précieux, mais tout moral, fait de la confiance de nos malades. De plus en plus, les découvertes de la science moderne obligent le praticien, outre les dépenses de représentation et de locomotion, à des dépenses d'outillage indispensable à un exercice convenable de sa profession, qui n'ont plus aucun rapport avec les dépenses rudimentaires de l'achat de la trousse et du forceps de jadis. Outillage d'un coûteux achat, d'une durée très éphémère et que des perfectionnements nouveaux obligent constamment à renouveler.

Au moins autant que nos confrères du barreau, semble donc que nous soyons fondés à réclamer une juste reconnaissance de nos droits, de ne pas subir des charges fiscales supérieures à celles des autres citoyens, et à ne pas nous laisser dépouiller de nos moyens de vivre par notre indifférence.

Nous espérons que par l'action de tous nos confrères dont l'influence morale peut être si considérable auprès des pouvoirs publics, par celle de nos organisations professionnelles, nous parviendrons à ne supporter que des charges fiscales qui sont la part légitime de chaque citoyen, et nous vous proposons le vœu suivant :

Le syndicat des médecins du Rhône, dans sa séance du 14 janvier 1914, émet le vœu suivant à propos du projet d'impôt sur le revenu soumis au Sénat :

1° Que dans l'établissement du revenu de la profession de médecin, le chiffre soumis à la taxation soit diminué des charges inhérentes à l'exercice de cette profession ;

2° Que la quotité de l'impôt soit inférieure à celle fixée pour les commerçants et industriels, le médecin par ses revenus ou ses bénéfices annuels n'accusant pas la valeur vénale d'un fonds de commerce ou d'une industrie, mais voyant au contraire ses revenus diminuer à mesure qu'il subit les atteintes de l'âge, pour disparaître le jour où il ne peut plus exercer.

Ce vœu soumis à l'assemblée par notre président, M. le docteur Tissier, a été voté à l'unanimité.

Médecin et rhabilleur

Nous lisons dans *la Dépêche de Lyon* (23 janv. 1914) :

« **Pénible accident.** — Tandis que sa mère vaquait aux soins du ménage, un petit garcon de 3 ans, fils de M. Arbez, préposé des douanes à B., au moyen d'une chaise qu'il avait approchée près de la table, monta sur cette dernière. Craignant une chute, sa sœur, de six ans plus âgée que lui, voulut saisir le bambin, mais tous deux tombaient si malheureusement que la petite fille se fracturait la cuisse gauche tandis que le gamin se brisait le bras gauche.

M. le docteur X., en attendant un rhabilleur, que le père était allé chercher, prodiguait les premiers soins aux victimes de ce pénible accident. »

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

La division des fonctions est-elle possible ?

La création de fonctionnaires-médecins est-elle faisable ?

Ces fonctionnaires existent déjà...

Parmi tous les médecins qui exercent l'art de guérir en France, nombreux sont ceux qui dépendent exclusivement de l'administration, sont nommés par elle et lui doivent tout leur temps.

Tels sont, par exemple, les médecins de l'armée de terre et de mer : ils doivent soigner les soldats, mais ne peuvent faire de médecine civile. Ils ne sont pas liés par le secret professionnel envers leurs malades, en ce qui concerne les intérêts de l'Etat : celui-ci est en droit de demander tous éclaircissements, diagnostics, expertises, certificats ou autres, aux médecins qui le représentent, à l'armée, lorsque les citoyens français accomplissent ce devoir social public, qui est le service militaire.

Les médecins directeurs d'asiles d'aliénés se trouvent également dans la même situation. Ils sont nommés par l'administration, qui leur désigne leurs différents postes ; leurs appointements sont fixés par le budget départemental. Toute clientèle, en dehors de l'établissement, leur est interdite, pour qu'ils puissent se consacrer entièrement au service public qui leur est confié.

Eux non plus ne sont pas liés par le secret professionnel vis-à-vis de l'administration. En effet, non seulement ils doivent donner toutes indications sur les malades internés, lorsqu'un médecin délégué par le préfet vient visiter ces pauvres patients, mais encore le médecin directeur de l'asile ou son adjoint doit consigner sur un registre *ad hoc* la copie de toutes les pièces, certificats, observations cliniques, registre qui, en tout temps, doit être mis à la disposition du préfet et du parquet.

Un médecin directeur de bureau d'hygiène est, dans l'immense majorité des cas, un fonctionnaire de l'autorité communale, qui l'a nommé et qui a fixé son traitement comme ses attributions. Par suite, il ne fera pas de clientèle privée, pour se consacrer à ses fonctions de préservation sociale. Lui non plus n'est pas lié par le secret professionnel, vis-à-vis du maire ou du préfet. Son devoir est, au contraire, de signaler à l'administration tous les cas infectieux, venus à sa connaissance, pour que les représentants de la société puissent prendre utilement toute mesures adéquates à la situation.

Citons encore une autre catégorie de médecins qui sont aussi des fonctionnaires; mais auxquels on tolère l'exercice de la médecine, étant donné que leurs appointements ne sont pas suffisamment élevés pour que l'administration puisse exiger qu'ils se consacrent entièrement à leur service public. Ce sont les médecins sanitaires maritimes. Néanmoins, dans nombre de ports, ces confrères s'adonnent exclusivement à leurs fonctions, n'exercent pas la médecine, pour pouvoir prendre d'urgence toutes les mesures de préservation, à bord des navires infectés. Le secret professionnel n'existe pas pour eux dans leurs rapports avec l'administration maritime.

Enfin des fonctionnaires bénévoles se forment, depuis quelques années, dans quelques grandes villes. Nous voulons parler des médecins légistes. Ces docteurs se consacrent uniquement à une spécialité : la recherche médico-légale, en donnant leur assistance scientifique d'hommes de l'art, à la justice répressive.

Ils n'exercent pas la médecine, trouvant dans l'exclusivité de leurs fonctions d'experts une rémunération suffisante pour leur permettre de vivre aisément.

Mais, en tant que désignés par le parquet comme médecins au rapport, ils ne sont pas liés par le secret professionnel envers l'autorité qui les a commis, et ils doivent dévoiler tout ce que leurs investigations et examens ont pu leur révéler.

Conclusion : puisque certains médecins se présentent à nos yeux comme les représentants, les délégués de l'administration, est-il donc chimérique de concevoir tout un ensemble médico-social administratif qui donnerait à la société les fonctionnaires-médecins dont elle peut tirer service ?

b) Quelles seraient les attributions de ces fonctionnaires-médecins ?

1° Mesures de préservation sociale :

L'administration éprouve très souvent le besoin de confier à un médecin, désigné par elle, l'application de mesures de prophylaxie, de défense sanitaire, voire même d'inspection (puériculture, écoles, hygiène et sécurité des travailleurs, etc.).

Supposons que notre fonctionnaire-médecin existe, qu'il n'exerce pas la médecine et qu'il relève entièrement de l'administration communale et préfectorale, envers laquelle il n'est nulle-

ment lié par le secret professionnel. Quelles sont dès lors ses attributions ?

a) Enquêtes :

L'administration arrive-t-elle à apprendre, d'une manière quelconque, qu'une épidémie vient d'éclater dans une localité ? Elle délègue son fonctionnaire-médecin qui, sur place, va faire une enquête sur les causes de l'épidémie, sa nature, son importance, son extension. Il s'entourera de tous renseignements utiles, afin de faire prendre les mesures adéquates à l'enrayement de l'épidémie.

b) Mesures de préservation :

En dehors de ces cas d'urgence, le fonctionnaire-médecin aura pour mission, au cours de ses tournées, de faire certaines visites et inspections.

Il visitera les écoles, en vérifiera l'installation, l'aération, la construction. Il passera les enfants en revue pour indiquer ceux qui lui semblent devoir être envoyés à leur médecin de famille, qui les examinera d'une manière moins superficielle, en vue d'un traitement ultérieur, exclusivement dirigé par lui.

Ce fonctionnaire fera également la visite des locaux insalubres, soit qu'il les remarque lui-même, soit parce qu'on les lui aura désignés, par plainte formelle, voire même par lettre anonyme.

N'exerçant pas la médecine, ce fonctionnaire médecin aura toute liberté pour exiger la disparition des taudis, ne redoutant pas la colère des propriétaires, qui, autrement, se serait traduite par une diminution de sa clientèle de médecin exerçant.

En même temps, il se mettra à la disposition de ses confrères, médecins traitants, pour leur faire fournir tous ingrédients et matériel de désinfection, en cas de décès, de changement de domicile ou de maladie contagieuse.

Ultérieurement, nous approfondirons tous ces points, dans une étude spéciale.

c) Mesures de protection :

A ces fonctionnaires-médecins, les fonctions d'inspecteurs du premier âge. Ils iront visiter les nourrices, verront si les nourrissons sont bien tenus, si toutes les mesures d'hygiène sont prises. Si l'enfant leur semble malade, ils donneront l'ordre à la nourrice d'envoyer quérir le médecin de son choix ou désigné par les parents de l'enfant, pour que celui-ci puisse être utilement traité.

2° Contrôle dans le fonctionnement des services publics :

Que de fois n'entendons-nous pas dire que des abus se manifestent dans l'exécution de certains services publics. Voyez pour l'assistance médicale gratuite ; les médecins sont accusés des pires méfaits, soit en faisant des visites trop nombreuses, soit en marquant des visites pour des consultations

Et cependant, des syndicats médicaux se sont élevés contre ces accusations le plus souvent erronées. Ils ont demandé une application plus stricte des règles édictées par la loi de 1893 et par les différents arrêtés préfectoraux. Ils ont notamment signalé ce fait que, dans bien des cas, les maires ne s'occupent jamais de ces questions d'assistance et que les déficits budgétaires de fin d'année proviennent, non d'abus médicaux, mais d'un manque de surveillance.

Voilà encore une occupation pour notre fonctionnaire-médecin.

Il fera de même pour l'exécution des règlements en vigueur pour la protection des enfants assistés, bureaux de bienfaisance, hôpitaux, etc.

3° Certificats et contre-visites :

Il arrive fréquemment que l'administration est saisie, par un de ses agents, d'une demande de congé, avec certificat médical à l'appui ; ou bien il s'agit d'un vieillard, ou infirme, réclamant le bénéfice de la loi de 1905.

L'autorité administrative, sans mettre en doute la véracité du certificat du médecin traitant, peut néanmoins avoir la crainte que ce praticien ait mis une certaine complaisance, ou seulement un peu de bienveillance à l'égard de son client. D'où, règlements administratifs imposant des certificats établis par des médecins assermentés, ou contre-visite passée devant un praticien que l'administration désignera. Beaucoup de membres du corps médical se sont montrés froissés de cette sorte de mise en suspicion concernant les déclarations écrites qu'ils ont fournies et beaucoup se demandent : « Pourquoi y a-t-il des médecins assermentés ? N'est-ce pas faire un racolage officiel de clientèle, en faveur de ceux des nôtres qui sont en bons termes avec la préfecture ? Ne devons-nous pas craindre, en effet, que les fonctionnaires, apprenant que seuls les certificats du médecin assermenté sont admis comme valables par leur administration, ne croiront pas de bonne politique de prendre ledit médecin assermenté comme médecin habituel ? Au surplus, pourquoi le fonctionnaire à examiner doit-il payer de sa poche le certificat que peut seul délivrer le médecin assermenté ?

Aussi, verrions-nous avec satisfaction attribuer, au fonctionnaire-médecin de nos rêves, la délivrance des certificats et les contre-visites exigées par l'administration.

Par exemple, un instituteur, un P. T. T., malade, demande un certificat à son médecin traitant, pour obtenir un congé. Il ira, muni de cette pièce, passer une contre-visite après du fonctionnaire médecin. En cas de conflit entre les deux médecins (traitant et fonctionnaire) au point de vue du diagnostic ou du pronostic, un troisième confrère serait appelé à donner son avis, en consultation avec les deux premiers.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Réponse. — Si vous êtes privilégié sur le mobilier, vous l'êtes également sur les immeubles. Mais il faut avant d'exercer votre privilège sur les immeubles, que vous l'exerciez ou tentiez de l'exercer sur le mobilier.

Il faudrait donc que vous obteniez que le mobilier soit vendu ou, s'il n'est pas vendu de bon gré, que vous le fassiez saisir et vendre, après avoir pris jugement, naturellement.

Si le mobilier était insuffisant pour vous payer, vous auriez le droit ensuite d'exercer votre privilège sur la maison ; vous devriez alors être payé avant les créanciers hypothécaires.

N° 147. — Dr L., à H., à *Concours*. — Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner, dans la petite correspondance d'un prochain numéro du *Concours*, les renseignements suivants :

1° Dans quelles conditions le patron d'un ouvrier agricole est-il responsable des accidents arrivant à ses employés, en dehors, bien entendu, des cas tombant sous le coup de la loi de 1898 ?

2° Puis-je faire payer par une Cie d'assurances le transport dans mon automobile, à l'hôpital situé à 13 kilomètres, d'un ouvrier agricole blessé, bien qu'il existe un petit train dans la localité.

Le blessé faillit avoir une syncope à l'arrivée, et je puis soutenir qu'il eût été très imprudent de lui faire prendre le train.

3° Cet ouvrier, amputé de l'auriculaire gauche avec section du tendon extenseur de l'annulaire voisin est-il en droit de réclamer une indemnité ou pension, et à quel chiffre peut on évaluer l'incapacité permanente qui est résultée pour lui de cet accident ?

Réponse. — Le patron d'un ouvrier agricole n'est responsable des accidents survenus à son ouvrier que dans les termes du droit commun, c'est-à-dire lorsque l'accident est survenu par sa faute ou celle de ses préposés.

Les indemnités qu'il peut avoir à payer à son ouvrier blessé, dans le cas de responsabilité de sa part, ne sont pas fixées par la loi. Elles sont fixées soit de gré à gré entre les parties, soit par décision judiciaire si les parties ne peuvent s'entendre à l'amiable. En principe, l'indemnité doit être égale au préjudice causé.

Suite page XXVI.

Ultérieurement, nous indiquerons comment nous concevons ce *modus faciendi.*

De même pour la loi sur les vieillards infirmes et incurables. Le fonctionnaire-médecin serait un contrôleur, un contre-visiteur.

C'est encore lui qui examinerait les enfants de moins de 13 ans, qui, munis du certificats d'études primaires, doivent subir un examen médical, avant d'entrer dans l'industrie (art. 3 du livre II du code du travail). Ce fonctionnaire médical aurait plus de liberté que le médecin de la famille pour empêcher les parents de placer trop hâtivement leur enfant dans un atelier pénible, dans le seul but du lucre.

Il en serait de même lorsque l'inspecteur du travail exigerait l'examen médical d'un petit travailleur de moins de 16 ans. (Art. 4 du livre II du code du Travail).

Au reste, le médecin est destiné à jouer un rôle de plus en plus grand dans l'application des lois concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs. Salubrité des locaux, aération, éclairage, éloignement des poussières nocives, manipulations de produits dangereux, etc., voilà des points sur lesquels un médecin peut être requis de donner son opinion.........

Mais, s'il est le médecin du chef d'industrie, aura-t-il toute sa liberté, toute son indépendance pour conclure contre celui qui lui fait gagner sa vie ?

Le fonctionnaire médecin n'aura pas ces scrupules et, représentant la société, il fera les rapports en conséquence, pour que la société puisse utilement défendre ses forces vives, les ouvriers, et puisse également faire respecter les lois de protection que le Parlement a votées.

4° Trait d'union entre l'administration et les médecins traitants, que de conflits, que de froissements seraient évités, si des relations suivies et fréquentes étaient établies entre les diverses administrations locales et le corps médical.

Un préfet, un maire, quelque instruction qu'ils puissent avoir, sont incompétents pour l'application des lois et règlements qui touchent l'hygiène publique, s'ils ne sont pas conseillés par des techniciens. De même, les médecins traitants ne remplissent pas quelquefois leur devoir social d'une manière irréprochable, par ignorance des exigences du fonctionnement de la puissante mais complexe machine administrative.

Aussi, les uns crient aux abus du corps médical, cependant que les médecins accusent les pouvoirs publics d'intransigeance et de césarisme. Ne serait-il pas plus utile, pour la chose publique, qu'il y ait une intime collaboration entre ces deux forces, l'administration et le corps médical ?

C'est ainsi que, pour l'application de sanctions aux délinquants, nous verrions des commissions mixtes d'administrateurs et de médecins, pour étudier l'accusation qui pèse sur un praticien.

De même pour l'application, la modification, l'élaboration des règlements administratifs, le corps médical des praticiens apporterait tout son concours au pouvoir local.

Sans entrer dans le détail, que nous envisagerons en son temps, nous pouvons d'ores et déjà déclarer que le fonctionnaire-médecin sera véritablement le trait d'union entre l'administration et les praticiens. Il sera l'intermédiaire écouté, parfois entendu, au sein du syndicat médical et il pourra éclairer ses confrères sur certains points de pratique administrative, utiles à connaître avant de prendre une décision. Disons de suite que ce fonctionnaire-médecin ne fera pas partie du Syndicat médical, à titre de membre adhérent, la loi du 21 mars 1884 interdisant aux fonctionnaires de se syndiquer.

c) Comment recruter ces fonctionnaires-médecins ?

....

Encore une question que nous aborderons plus tard, avec toute l'ampleur nécessaire. Nous voulons seulement aujourd'hui donner, dans ses grandes lignes, le mode de recrutement, pour montrer que notre hypothèse est loin d'être inapplicable...

Ce fonctionnaire-médecin devrait connaître notre art. Donc, à l'exclusion de ceux qui se consacreraient aux seules recherches de laboratoire, nous estimons que le candidat devrait avoir exercé la profession médicale pendant un temps déterminé : dix années par exemple.

Ne voit-on pas un stage de six ans imposé aux praticiens avant de pouvoir être désignés comme médecins légistes par les tribunaux ?

Un concours ferait une sélection : il comporterait des interrogations de droit administratif, de droit public, d'économie sociale, de législation industrielle, etc.........

Une hiérarchie serait établie : aux jeunes, les déplacements, les descentes sur les lieux, les tournées d'inspection. Aux plus anciens, la direction sédentaire, les bureaux, la direction des services d'hygiène. Somme toute, les fonctionnaires médecins auraient un statut fixant leurs appointements et réglant leur avancement.

Ce serait donc, pour les fatigués de notre profession, une situation fixe, au bout de laquelle se trouverait une retraite......

Au contraire, les indépendants, les ardents et les combattifs, en un mot ceux qui veulent se faire eux-mêmes leur propre situation, resteraient médecins traitants, attachés à leur clientèle.

Il ne nous reste plus, maintenant, pour terminer cette exposition générale, qu'à voir, dans un prochain article si le médecin traitant aurait beaucoup à se plaindre de cette dépossession des

pseudo-services administratifs qu'il détient actuellement, sous le nom de fixes. C'est ce que nous envisagerons dans le prochain numéro.

Après quoi, nous aborderons l'étude de l'application de cette idée de séparation des fonctions médicales, au point de vue de chacune des branches de notre activité professionnelle. Nous verrons comment médecin traitant et fonctionnaire-médecin pourront remplir leurs missions, en hygiène publique, en assistance, etc.

Plus tard enfin, dans une synthèse générale, nous nous occuperons de la répercussion de cette étude sur l'organisation administrative et sur les différents budgets publics.

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance du Conseil d'Administration (30 décembre 1913)

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, Jeanne, Mignon, Gassot, Vimont, Diverneresse, de Grissac, Huguenin, Nollet et Boudin, *secrétaire*.

Le Conseil repousse l'assimilation du Maroc à l'Algérie et à la Tunisie au point de vue de la résidence des membres de la Société.

Il décide la publication des noms des confrères bénéficiaires d'indemnités-maladie ou de pension, sur la demande d'un assez grand nombre de membres.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à MM. :

13	Barthez	Aude	3 mois	300 »
17	Blaizot	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
31	Calmels	Aveyron	60 jours + 1 mois et 4 jour chr.	713 30
34	Parmentier	Ardennes	3 mois	300 »
41	Rigabert	Charente-Inférieure	2 mois	200 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	20 jours + 10 jours chr.	313 35
107	Gauthier	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
137	Lecerf	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
139	Brunet	Landes	3 jours	30 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	2 mois et 8 jours chr.	226 65
144	des Chesnays	Paris	4 jours	40 »
164	de Grissac	Seine-et-Oise	Cure thermale	100 »
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
179	Collinet (M.)	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
185	Pascal	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
192	Houdart	Finistère	58 jours	580 »
229	Ollivier	Paris	51 jours	510 »
255	Demmler	Oise	37 jours	370 »
276	Liaudet	Rhône	21 jours	210 »
292	Pillon	Paris	3 mois	300 »
293	de Saint-Cyr	Gironde	30 jours	300 »
298	Jagot	Maine-et-Loire	5 jours chr.	16 65
385	Pargoire	Ardèche	17 jours + 1 mois et 28 jours chr.	363 25
311	Rouvier	Isère	9 jours	290 »
339	Terras	Bouches-du-Rhône	58 jours	580 »
348	Miltas	Creuse	27 jours	270 »
372	Hillcock	Gironde	3 mois	300 »
384	Brasse	Seine-Inférieure	60 jours	600 »
415	Lejeune	Côte-d'Or	3 mois	300 »
418	Jouis	Mayenne	23 jours	230 »
421	Belliard	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
456	Boulinguez	Pas-de-Calais	6 mois	600 »
505	Levraud	Maine-et-Loire	20 jours	200 »
			A reporter	10.243 20

			Report	10.243	20
535	Hamel	Seine-Inférieure	4 jours	40	»
549	Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300	»
625	Villard	Meuse	56 jours	560	»
680	Pelloquin	Var	34 jours + 1 mois et 6 jours chr.	453	35
685	Brun Bourguet	Var	3 mois	300	»
696	Cézilly	Oise	60 jours + 17 jours chr.	656	60
703	Sage	Isère	3 mois	300	»
707	Lombard	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
721	Tissot	Savoie	57 jours	570	»
723	Liautaud	Basses-Alpes	30 jours	300	»
749	Moulon	Marne	3 mois	300	»
758	Fouassier	Charente	35 jours	350	»
770	Caudron	Paris	3 mois	300	»
772	Truchon	Ain	3 mois	300	»
846	Cornu	Aube	34 jours	340	»
848	Galand	Nord	17 jours	170	»
888	Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300	»
900	Duclos	Vendée	3 mois	300	»
904	Villequez	Haute-Saône	3 mois	300	»
912	Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
931	Chiffre	Pyrénées-Orientales	1 jour + 4 jours, chr	23	30
943	Amiel	Haute-Garonne	14 jours	140	»
954	Paumes	Haute-Garonne	3 mois	300	»
992	Chatenier	Basses-Alpes	5 mois et 7 jours chr.	523	30
1006	Glaive	Aube	12 jours	120	»
1050	Motel	Morbihan	8 jours	80	»
1060	Couturier	Creuse	3 mois	300	»
1074	Bleicher	Savoie	4 jours	40	»
1075	Guidi	Alpes-Maritimes	11 jours	110	»
1108	Baraton	Aube	24 jours + 2 mois et 6 jours chr.	460	»
1154	Rouët	Creuse	3 mois	300	»
1216	Allanic	Maine-et-Loire	3 mois et 5 jours chr	316	65
1218	Tujague	Hautes-Pyrénées	3 jours + 1 mois et 15 jours chr.	180	»
1236	Thadée	Tarn	17 jours	170	»
1251	Lecoq	Nord	un mois et 3 jours chr.	110	»
1278	Cros	Bouches-du-Rhône	32 jours	320	»
1281	Kerrien	Finistère	21 jours	210	»
1301	Serfaty	Yonne	17 jours	170	»
1304	Guéneau	Cher	6 mois	600	»
1306	Esmonet	Paris	60 jours + 2 mois et 20 jours chr.	866	60
1308	Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300	»
1311	Renault	Sarthe	6 jours	60	»
1318	de Maillasson	Haute-Vienne	3 mois	300	»
1361	Hours	Cantal	12 jours	120	»
1398	Roux	Haute-Savoie	10 jours	100	»
1408	Grandou	Eure	3 mois	300	»
1410	Montigny	Nord	20 jours	200	»
1416	Riou de Kerandal	Lot-et-Garonne	28 jours	280	»
1452	Jalabert	Loire-Inférieure	6 mois	600	»
1479	Lecomte	Aisne	9 jours	190	»
1484	Peyrache	Loire	8 jours	80	»
1491	Coche	Pyrénées-Orientales	3 mois	300	»
1530	Legourd	Seine-et-Marne	3 mois	300	»
1565	Delon	Gard	29 jours + 2 jours chr.	296	65
1572	Guichard	Bouches-du-Rhône	7 jours	70	»
1578	Perrion	Loire-Inférieure	7 jours	70	»
1579	Laroche	Dordogne	9 jours	90	»
			A reporter	25.979	65

			Report.	25.979 65
1582	Utéza	Loir-et-Cher	16 jours	160 »
1583	Robert	Charente-Inférieure	9 jours	90 »
1587	Lacomme	Saône-et-Loire	25 jours	250 »
1630	Leloup	Seine-et-Oise	17 jours	170 »
1637	Berté	Ardennes.	46 jours	460 »
1661	Luciani	Corse	20 jours	200 »
1674	Debierre	Somme	6 mois	600 »
1717	Desanti	Bouches-du-Rhône	60 jours + 1 mois et 27 jours chr.	789 90
1729	Philippet	Oise	7 jours	70 »
1748	Marçon	Var	3 mois	300 »
1756	Mme Mosnier	Gard	47 jours	470 »
1793	Conte	Aude	60 jours + 6 jours chr.	620 »
1815	Sanerot	Saône-et-Loire	33 jours	330 »
1828	Ader	Seine-et-Marne	14 jours	140 »
1837	Moisan	Côtes-du-Nord	6 jours	60 »
1846	Babeau	Gard	3 jours	30 »
1880	Muller	Marne	13 jours	130 »
			Total.	31.849 55

Le Conseil inflige aux sociétaires nos 992, 1452 t 1654 une amende de cinquante francs pour retard dans les déclarations. Si les mêmes négligences se reproduisaient, il appliquerait strictement l'article 47 des statuts.

Le Conseil alloue une pension viagère de 600 francs à Mme Veuve Beauxis-Lagrave (Seine-et-Oise) dont le mari, inscrit à la combinaison V est mort le 21 octobre 1913.

Cette pension sera payée par quarts tous les trimestres. Pour le 4e trimestre 1913, la pension sera de 116 fr. 65.

Le Conseil annule l'admission du Dr Sarazin, de Maule (Seine-et-Oise). Il annule également l'admission de Dr Pic, de Lyon, à la combinaison V qu'il remplace par l'admission de Mme Pic, à la Combinaison P.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes

Combinaison M. A

M Ehringer, à Dijon (Côte-d'Or).
Desjeux, à Argent (Cher).
Lesur, à Septeuil (Seine-et-Oise).
Barlatier, à Romans (Drôme).
Barozzi, à Podensac (Gironde).
Bertrand, à Saint-Parrès-les-Vaudes (Aube).
Bonneau, à Mantes (Seine-et-Oise).
Campinchi, à Saint-Georges-sur-Cher (Loir-et-Cher).
Colard, à Ornans (Doubs).
Colonna, à Nantes (Loire-Inférieure).
Coriveaud, à Blaye (Gironde).
Desanti, à Marseille (Bouches-du-Rhône).
Devillars, à Bordeaux (Gironde).
De Fontbonne, à Montebourg (Manche).
Fumoux, à Balbigny (Loire).
Aujaleu, à Négrepelisse (Tarn-et-Garonne).
Gauthier, à Nogent-le-Roi (Eure-et-Loir).
Curel, à Saint-Saturnin-d'Apt (Vaucluse).
Guillard, au Sel-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine).
Moré, au Faou (Finistère).
Guinaudeau, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
Perchepied, à Auffay (Seine-Inférieure).
Thomassian, à Voisey (Haute-Marne)
Tarrade, à Limoges (Haute-Vienne).
Reilhac, à Clairac (Lot-et-Garonne).
Nory, à Outarville (Loiret).
Cardot, à Château-Thierry (Aisne).
Lafont, à Orthez (Basses-Pyrénées).
Brunetière, à Angers (Maine-et-Loire).
Carbonell, à Meudon (Seine-et-Oise).
Chevallier-Seyvet, à Romans (Drôme).
Chevalier, à Bois-d'Oingt (Rhône).
Hervouët, à La Chapelle-Basse-Mer (Loire-Inférieure).
Laval, à Négrepelisse (Tarn-et-Garonne).
Pothier, à Babœuf (Oise).
Pouget, à Cazes-Mondenard (Tarn-et-Garonne).
Rosanoff, à Nice (Alpes-Maritimes).
Roullet, à Ussel (Corrèze).

Combinaison P.

M. Curel, à Saint-Saturnin-d'Apt (Vaucluse).
Dieuzaide, à Lectoure (Gers).
Long, à Courthezon (Vaucluse).
Lafont (F.), à Salies-de-Béarn (B.-Pyr.)
Pouget, à Cazes-Mondenard (Tarn-et-G.)
Cardot, à Château-Chierry (Aisne).

Lafont (L.), à Orthez (Basses-Pyrénées).
Brunetière, à Angers (Maine-et-Loire).
Dumont, aux Rousses (Jura).
Mme Descusses, à Troyes (Aube).

Combinaison R.

MM. Perchepied, à Auffray (Seine-Inférieure).
Lafont (F.), à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).
Thomassian, à Voisey (Haute-Marne).
Laval, à Négrepelisse (Tarn-et-Garonne).
Descusses, à Troyes (Aube).
Coursier, à Paris.

Combinaison V.

MM. Cardot, à Château-Thierry (Aisne).
Coursier, à Paris.
Tremoulet, à Ménigoute (Deux-Sèvres).

Sur la demande du secrétaire général, il est décidé qu'il y aura, fin janvier, une séance supplémentaire d'admissions, un certain nombre de dossiers étant encore en instance.

Le Secrétaire, P. Boudin.

Le Président, A. Maurat.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Déclaration obligatoire et désinfection.

Nous trouvons dans l'*Arsenal de l'Hygiène* (n° 12, 1913) un article intitulé : Confrères, prenez garde, qu'il nous paraît utile de discuter. C'est en effet une thèse diamétralement opposée à celle que, sous une forme ou sous une autre, nous soutenons au *Concours.*

Elle mérite d'être connue.

Confrères, prenez-garde !

Confrères, prenez garde ! Pendant que vous passez votre temps à chercher les raisons les plus plausibles pour tourner les prescriptions de la loi relatives à la déclaration à l'autorité publique des cas de maladies transmissibles ; pendant que vous ergotez sur les textes, pendant que vous perdez de vue les termes exacts de l'article 378 du Code pénal qui vous impose le secret professionnel « hormis le cas où la loi vous oblige à vous porter dénonciateurs », pendant ce temps-là l'opinion publique évolue dans un sens inattendu pour vous ; cette opinion publique, qui vous suivait au lendemain de la promulgation de la loi du 30 novembre 1892, parce que cette loi vous imposait la déclaration sans un de ses corollaires logiques, la désinfection, elle ne vous suit plus aujourd'hui, dix ans après la mise en vigueur de la loi du 15 février 1902, qui a légitimé à ses yeux la déclaration par la désinfection obligatoire consécutive.

Il y a trois ans, à la 2e réunion sanitaire provinciale, un des conférenciers pouvait dire à ses collègues : si la désinfection ne se fait pas avec le médecin, elle se fera sans lui, et peut-être même contre lui. Les documents qui vont suivre montrent qu'il avait raison, et qu'un fossé est en train de se creuser entre les médecins qui ne veulent pas déclarer *et le public qui veut que l'on déclare, parce qu'il veut qu'on le protège* non pas seulement par la désinfection, mais par d'autres mesures plus générales ; ces mesures un peuvent être prises et utilement appliquées que lorsque les faits qui les motivent sont signalés au moment opportun à l'attention des pouvoirs publics par le seul qui soit à même de les connaître et de les préciser, par le médecin.

Ces documents, au nombre de trois, choisis entre cent autres, proviennent de régions différentes, mais ces régions ont un point commun, c'est que les services d'hygiène, municipaux ou départementaux, commencent à y fonctionner convenablement ; ils m'ont été communiqués au cours d'entrevues que la 5e réunion sanitaire provinciale, qui vient de se tenir au début de novembre à l'Institut Pasteur, m'a permis d'avoir avec un grand nombre de mes confrères investis de fonctions publiques.

Vous verrez, confrères, avec quelle rapidité se fait l'éducation du public : peut-être un jour publierai-je d'autres documents, où vous verrez avec quelle âpreté ce même public s'en prend à ceux de ses médecins qui ont failli au devoir de le protéger ; mais passons.

Voici ces documents :

13 août 1913.

Monsieur le Préfet,

Au nom de certains étrangers qui villégiaturent actuellement à X... (ici le nom d'une station balnéaire),

J'ai l'honneur de signaler à votre bienveillante attention et à toute votre sollicitude, de nombreux cas de diphtérie qui nous sont signalés comme s'étant produits ici depuis quelques jours.

Aucune déclaration n'aurait été faite, aucune désinfection par conséquent.

Veuillez agréer, etc.

Signé : X. Juge d'instruction à Z.
Y., ingénieur à Z.

***

12 août 1912

Monsieur le Sous-Préfet,

Je viens vous signaler plusieurs faits très graves, qui compromettent au plus haut degré la vie de nos concitoyens par suite du mauvais fonctionnement de la commission d'hygiène et aussi parce que les docteurs qui soignent les typhiques ne se conforment pas au règlement.

Voici ce que j'ai appris après une enquête toute personnelle :

L'un de mes ouvriers, M. P., est atteint de la fièvre typhoïde depuis huit jours, sa femme, qui est blanchisseuse, avait reçu il y a une quinzaine de jours un paquet de linge provenant d'un typhique. *Ce linge était dans un état de contamination au dernier degré.* Cette dame P. a consulté son docteur pour savoir s'il n'y avait pas danger quelconque pour le nettoyage du linge, celui-ci a répondu négativement.

Je vous disais plus haut que ce linge provenait d'un typhique, or ce malade a été déclaré à la mairie 15 jours après sa mort.... c'est donc ce linge qui a contaminé M. P., il n'y a aucun doute en cette circonstance.

Je viens donc, M. le Sous-Préfet, vous prier de vouloir bien faire votre enquête à ce sujet, étant tout à fait décidé à en faire une affaire personnelle, le cas échéant.

Il est déplorable de voir en effet de pauvres gens être contaminés par le seul fait de la négligence de quelques-uns.

Veuillez agréer, etc.

P. S. — J'ajoute que la personne qui a soigné le sieur X. décédé n'a jamais été informée par le docteur qui soignait ce malade des soins élémentaires à prendre en pareil cas et qu'elle est atteinte également de la typhoïde ; les déductions sont donc très faciles à établir.

(A cette lettre était joint un plan sommaire du quartier de la ville où tous ces cas se trouvaient localisés

***

Z., le 27 février 1913.

Monsieur le Sous-Préfet,

J'ai l'honneur de vous exposer :

Qu'au mois de janvier 1913, j'ai acheté une petite maison située à N., dans le bourg, suivant contrat passé devant Me O., notaire à Z. ;

Que cette maison était occupée par M. Y., journalier, jusqu'au 29 septembre dernier ;

Que la sœur de sa femme (X., 34 ans, sans profession) qui, d'après la rumeur publique, était atteinte de maladie contagieuse ou transmissible appelée tuberculose ;

Que des soins lui furent données par M. M., médecin à D. ;

Que X. est décédée audit domicile de M. Y., en août ou septembre dernire (1912) ;

Qu'aucune déclaration n'a dû être faite pour arriver à la désinfection de l'appartement de la dite maison qu'elle occupait ;

Que, pour y arriver, et après mes lettres des 12 et 27 janvier 1913, adressées à M. M., médecin et restées infructueuses, j'ai cru bien faire en lui adressant une lettre « Recommandée » à la date du 15 février présent mois, dont voici la teneur :

« Z. le 15 février 1913.

« Monsieur,

« Je vous confirme mes lettres des 12 et 27 janvier « 1913. La première vous informait que je venais d'acquérir une petite maison sise à N... qui a été occupée jusqu'à septembre dernier par M. Y... qui « avait chez lui la sœur de sa femme (X., 34 ans), « à laquelle vous avez donné des soins, et vous priais « de faire une déclaration à la Sous-Préfecture, cette « personne ayant été atteinte de maladie transmissible *prévue par la loi de* 1902 et étant décédée dans « ladite maison en août ou septembre dernier, *sans « qu'une déclaration n'ait été faite.*

« La deuxième vous demandait si vous étiez dans l'intention de faire ladite déclaration, et vous apportait un timbre-poste pour la réponse.

« Afin de ne point différer au désinfectement dont la maison a besoin, la présente a pour but de vous prier, à nouveau, de faire la déclaration demandée.

« Si, dans la huitaine, elle n'est pas faite, je me verrai obligé de m'adresser à la sous-préfecture et au Comité d'hygiène. »

« Agréez, etc....

Et ne pouvant obtenir satisfaction de M. M... je vous prie, Monsieur le Sous-Préfet, de vouloir bien faire procéder à la désinfection de la chambre ou appartement qu'occupe Mme X., et faisant partie de la maison précédemment occupée par M. Y., journalier, sise à N., dans le bourg.

Pour être plus complet, j'ajouterai que Mme X., (sœur de la *de cujus*) est malade depuis plusieurs mois, et *qu'il se dit dans le public* qu'elle est atteinte de la même maladie que X. (sa sœur), c'est-à-dire : Tuberculose.

Je vous prie d'agréer, etc.

Signé : B

***

Eh bien ! Confrères, qu'en dites-vous? Ne croyez-vous pas que si ces lettres, au lieu d'être adressées à des Sous-Préfets ou Préfets, amis des médecins (car il y en a encore), avaient été adressées directement au parquet, ne croyez-vous qu'il en serait résulté quelques affaires retentissantes, au sujet desquelles nos journaux professionnels auraient fait grand tapage, et ne croyez-vous pas que les confrères incriminés auraient été condamnés ? Vous connaissez tous le véritable plaisir qu'éprouvent un grand nombre de magistrats à se mettre un médecin sous la dent,

Thémis n'aime pas Mercure, tout le monde sait cela. Les mauvaises langues disent que c'est pour l'avoir trop fréquenté.

Ah ! Confrères, méfiez-vous du juge d'instruction qui a signé le premier des documents ; ne tombez jamais entre ses griffes, et que le pauvre confrère visé par sa lettre bénisse le ciel que la station balnéaire où il a villégiaturé n'ait pas été dans son ressort judiciaire.

Que dites-vous du deuxième document ? Le signataire a fait une enquête et n'hésite pas à écrire au sous-préfet : « J'en ferai une affaire personnelle. » Ce n'était pas une vaine menace, car c'était un gros bonnet politique de l'endroit ; il fallut faire preuve de diplomatie, pour l'empêcher, devant l'inertie administrative voulue qui lui fut opposée, de s'adresser directement au Parquet.

Que dire du troisième document ? Il a un petit air de procédure qui doit vous faire ouvrir l'œil. Certainement si le hasard voulait qu'un des membres de sa famille devînt tuberculeux dans cette maison, il n'aurait pas grand effort à faire pour intenter un procès au civil au Confrère qui ne voulait pas déclarer.

Où allons-nous, grands dieux ! Après le criminel le civil. Les temps sont changés. *La foule commence à avoir la « frousse »* et, quand la foule a la frousse, nul ne peut prévoir quels en seront les effets.

Croyez-moi, Confrères, faites vos déclarations, le public vous en saura gré, et surtout soyez bien persuadés qu'il ne vous suit plus dans votre campagne de résistance à la loi, et que le moment n'est pas éloigné où il vous dénoncera lui-même à la justice quand vous faillirez à ce qu'il considère, à tort ou à raison, comme votre devoir le plus immédiat et le plus essentiel, celui de le protéger dans sa santé.

Confrères ! Prenez garde !

Dr OLIVIER.

Reprenons point pour point les arguments et les documents invoqués par notre honorable confrère, le Dr Olivier ; nous croyons que nous aurons peu de peine à démontrer combien les uns et les autres ont peu de solidité et sont faciles à combattre.

Le praticien doit déclarer à l'autorité les cas de maladies contagieuses qu'il soigne, parce que la loi l'y force, et que l'article 378 *du Code pénal impose le secret professionnel, hormis le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur.*

Remarquons tout d'abord que le Code pénal a été élaboré bien longtemps avant qu'il fût question des lois sociales, et que le législateur ne pouvait dès lors avoir en vue des espèces inexistantes. Quant à la dénonciation en elle-même, la jurisprudence est muette au sujet des cas prévus dans l'exception de l'article 378. Et pour une bonne raison, à elle seule suffisante, *c'est que la loi du* 28 *avril* 1832 *a abrogé les articles* 103 *et suivants du code pénal sur la révélation des crimes qui compromettent la Société et l'État,* articles auxquels cette exception se référait exclusivement.

Il n'est guère de médecin qui n'ait été appelé au moins une fois dans sa carrière, à donner ses soins à une femme qui s'est fait avorter volontairement. En est-il un seul qui se soit jamais cru, dans ces circonstances, tenu d'obéir aux injonctions de la loi en dénonçant la malade criminelle ? N'aurait-il pas dû se porter dénonciateur, le chirurgien des hôpitaux qui, en 1871, refusa de livrer aux troupes régulières les insurgés qui étaient en traitement dans son service ? Contrairement donc à la citation de M. Olivier, la restriction de l'article 378 demeure inopérante, comme étant sans effet désormais, et le secret professionnel reste intangible, inviolable. Cette inviolabilité, cette intangibilité sont la pierre angulaire des rapports qui unissent médecins et malades, et permettent la confiance aveugle et la confession intime et sans réserve de celui-ci à celui-là, sans quoi l'action médicale devient fragile et précaire. Et pour en revenir à l'exemple des avortements criminels, s'ils étaient dénoncés par les médecins qui en soignent les conséquences, les femmes qui en sont victimes s'empresseraient de ne plus appeler l'homme de l'art, et de rester sans traitement, ou de s'adresser à des empiriques, à des rebouteurs, à des matrones, avec tous les dangers que cela comporte. Il est bien entendu, entre parenthèses, que la question du droit à l'avortement n'est nullement en cause ici, mais seulement celle du secret professionnel.

Et croit-on que si la Cour de Cassation n'avait pas été d'un avis nettement favorable à cette thèse, elle se serait prononcée fermement, rigoureusement, ainsi qu'elle l'a fait dans l'affaire Clabecq, de Lille, aux termes d'un arrêt que rappelait récemment Diverneresse ?

Si la désinfection ne se fait pas avec le médecin, elle se fera sans lui, et peut-être contre lui.

La désinfection est une chose, la déclaration en est une autre. Les deux ne sont pas nécessairement liées ensemble, et nous avons toujours soutenu, sans varier d'opinion, que la *désinfection en cours ou en fin de maladie doit être prescrite par le médecin traitant, et exécutée sous son contrôle, au même titre que le traitement proprement dit.* Nous ajoutons qu'il est peu probable que les praticiens se dérobent à cette tâche. Nous sommes convaincus par ce que nous avons toujours fait nous-même, et par ce que nous avons vu faire et entendu dire autour de nous que tous font leur devoir. En veut-on une preuve péremptoire ? M. Mirman va nous la fournir dans son rapport sur la situation sanitaire en France en 1911, dont nous avons publié les conclusions récemment.

Les maladies contagieuses sont en décroissance d'une façon générale ; mais si l'on va au

fond des choses, elles le sont dans les campagnes et dans les grandes villes : dans les campagnes, où la déclaration est rarement faite et demeure presque toujours inopérante, mais où le médecin praticien sait faire prendre à sa clientèle les mesures que réclame tel cas de maladie épidémique.

Dans les grandes villes où l'hygiène générale a été améliorée par des travaux de voirie, par des adductions d'eau potable, par des suppressions de logements insalubres, etc.

Le public veut que l'on déclare, parce qu'il veut qu'on le protège.

A cette affirmation, contentons-nous d'opposer celle de M. le Dr VILLARD, ancien directeur du bureau d'hygiène de Nantes, dont, du reste, nous ne partageons pas toutes les idées :

Je reste partisan convaincu de la déclaration des maladies par le médecin lui-même. Ce privilège et cette charge sont l'apanage de ses fonctions et de son rôle social. *Compter sur la déclaration faite par la famille, c'est aller à un échec complet. Celle-ci sera toujours hostile à cette obligation qu'elle comprend mal et qu'elle ne se résignera pas à faire, même s'il y a menace de sanction* (1).

Le public veut que l'on déclare, à condition que cela ne soit pas à ses dépens. Si X., voisin de Y, croit savoir, et il est souvent mal renseigné, qu'un cas de fièvre typhoïde existe chez celui-ci, il pourra s'inquiéter des mesures qui auront été prises. Mais le jour où lui-même aura, dans sa propre famille, un cas analogue, il s'opposera de toutes ses forces à ce qu'il soit déclaré, s'il suppose qu'un dommage puisse en résulter pour lui. Cela est d'ailleurs parfaitement humain.

Quant aux trois documents produits par M. Olivier, nous sommes étonné qu'il n'ait pas été frappé de leur inconsistance, et qu'il en fasse un tel état.

La première lettre est signée d'un juge d'instruction et d'un ingénieur ; elle révèle au préfet de nombreux cas de diphtérie qui leur sont signalés. Par qui ? Sur quoi repose cette dénonciation ? Qui a fait le diagnostic ? Personne ne le dit, et cela importe sans doute peu.

Dans la seconde, un patron dénonce au sous-préfet le cas de fièvre typhoïde d'un de ses ouvriers, et en affirme la genèse : la femme de cet ouvrier, qui est blanchisseuse, a reçu précédemment un paquet de linge provenant d'un typhique, lequel linge était *dans un état de contamination au dernier degré.* Voyez-vous ça ? Mais le patron ne s'en tient pas là, et il accuse formellement les médecins qui soignent ces malades de ne pas se conformer au règlement, et le docteur qui a soigné le premier malade, décédé, de n'avoir jamais informé la garde-malade des soins élémentaires à prendre en pareil cas. C'est de l'enfantillage.

(1) *Gazette médicale de Nantes.*

Enfin, dans la troisième, il s'agit d'un tuberculeux, *au dire de la rumeur publique*, dont le décès n'aurait été suivi d'aucune désinfection de sa maison. Or, cette maison, ayant été achetée par un tiers, celui-ci s'en prend au médecin du précédent occupant, et le menace, s'il ne fait pas une déclaration administrative, des foudres de la sous-préfecture et du Comité d'hygiène.

Ce ne sont là que potins de village, cancans, rumeurs, sans aucun fait probant. Des profanes, avec leur compétence habituelle (!) parlent à tort et à travers de choses qu'ils ignorent, témoin la contamination au dernier degré du linge d'un typhique, accusent les médecins, parce que c'est commode et s'en tiennent là. Faisons comme eux, et n'insistons pas davantage.

Au surplus, il semble bien que le Dr Olivier n'a pas réfléchi, quand il parle, en guise de commentaire du 3e fait, de l'éventualité d'un procès au civil au confrère qui aurait refusé de déclarer la maladie —, si un nouveau cas de tuberculose éclatait dans la maison visée.

La tuberculose n'est pas encore, que nous sachions, du nombre des maladies dont la déclaration soit obligatoire, et quand bien même, il faudrait prouver que ce cas aurait été formellement causé par une infection préexistante. Au surplus, si le sieur B. avait quelque inquiétude sur les risques de contagion que pouvait lui faire courir son nouvel immeuble, pourquoi ne le faisait-il pas désinfecter lui-même ? Les fumigators Gonin ne sont pas faits pour les chiens.

De tout ceci, il ne résulte donc pas que la déclaration obligatoire doit continuer à être mise à la charge du praticien, du médecin traitant.

Il est étrange, véritablement, qu'on prétende rendre ce dernier responsable d'une faute qu'il n'a pas commise. Si la maladie contagieuse peut constituer un danger public, c'est à celui qui en est atteint qu'il faut s'en prendre, à lui ou à son entourage familial, et non au pauvre diable de médecin qui s'efforce au contraire de la combattre et d'en limiter les effets. Cela, le simple bon sens l'indique. Mais nous savons fort bien au nom de quel intérêt le législateur de 1902 a transporté la responsabilité des risques d'épidémie du malade à son médecin traitant, au lieu de la faire supporter au véritable responsable, au malade.

Au surplus, rappelons d'un mot l'opinion de GUILLEMIN, directeur du bureau d'hygiène de La Rochelle, et qui ne saurait être suspect en la matière

« Il y a des cas, dit-il, où la conscience du praticien « lui défend de faire connaître son diagnostic ».

Et Villard, de Nantes, déjà cité, dit d'une manière à peu près analogue :

Si on ne doit pas toujours la vérité au malade lui-même, à plus forte raison ne la doit-on pas toujours à une administration qui, *par son rouage mécanique forcément un peu brutal, risque de léser gravement le droit qu'a chaque malade d'exiger le secret du médecin auquel il s'est confié.*

Ce qui atténue singulièrement l'opinion de lui, que nous rapportons plus haut.

Nous ne sommes pas ébranlés dans nos convictions, et plus que jamais nous proclamons : au médecin traitant, l'*obligation*, son diagnostic fait, de prescrire les mesures de *désinfection* qui s'imposent pendant et après la maladie ;

Au malade ou à ses ayants droit, si l'autorité croit qu'elle a intérêt à l'exiger, l'*obligation* de la *déclaration*, sans que le *médecin traitant ait jamais à intervenir.*

Aux fonctionnaires docteurs en médecine que prévoit notre conception de la médecine publique, le droit d'enquête, de contrôle, etc., et la proposition à l'administration des mesures et des sanctions qui lui raissent indispensables

On nous a dit : « Le secret professionnel est la plupart du temps celui de Polichinelle, le médecin n'ayant aucun scrupule à faire connaître son diagnostic, sinon à tout venant, du moins à l'entourage, même éloigné du malade, concierge, voisins, etc. » C'est inexact la plupart du temps, le praticien sachant se débarrasser des importuns par des faux fuyants ou des formules vagues qui ne signifient rien.

On nous a dit encore : « Il n'y a qu'en France que le secret professionnel possède une telle rigueur. A l'étranger, on n'en tient pas un compte aussi rigoureux. ». Nous n'avons pas à nous occuper de ce qui se passe chez des peuples dont les mœurs, la mentalité, le caractère sont différents des nôtres. Nous devons nous en tenir à ce que notre conception du devoir professionnel nous inspire. On nous a dit enfin : « Mais il y a des départements où le médecins acceptent volontiers de se conformer aux prescriptions légales. » Il en est d autres, plus nombreux, où ils ne le font qu'en rechignant ou même pas du tout.

S'il existe un jour une catégorie de docteurs en médecine appartenant à l'administration, chargés de la renseigner, — pour cette catégorie, le secret professionnel n'existera pas, et elle aura le devoir d'instruire son mandant de tous les faits que celui-ci aura intérêt à connaître.

Jusque-là, l'article 378 du code pénal s'impose au praticien comme un dogme intangible.

G. D.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

De plus fort en plus fort comme chez Nicolet.

Je ne veux pas parler ici du vieux boulevard du Temple que je n'ai pas connu, mais dont j'ai tant entendu parler par nos prédécesseurs. Malgré tout, il s'agit d'une question de théâtre. Dans *Comœdia* du 16 novembre 1913, nous apprenons la grande nouvelle suivante : « Le Syndi-
« cat des auteurs dramatiques vient de se trans-
« former en Société de secours mutuels. M. Théo-
« dore Henry, qui présida la première assemblée
« générale de cette société, donna connaissance
« des nouvelles démarches faites auprès du Mi-
« nistre du travail et de la prévoyance sociale.
« Les statuts, modifiés et approuvés par le mi-
« nistre, permettent aujourd'hui de reprendre
« d'une façon active et suivie la marche de cette
« œuvre mutualiste qui, ainsi que l'affirma
« M. Robert de Flers, est destinée à vivre et à
« seconder utilement la société des auteurs dra-
« matiques. D'ailleurs, la Commission elle-même
« s'est faite une ardente propagandiste de l'idée,
« car les adhésions au groupement mutuel, adhé-
« sions sollicitées par M. Robert de Flers, arri-
« vent en nombre. Citons : MM. Jules Claretie,
« Paul Hervieu, Brieux, Maurice Donnay, Saint-
« Saens, Frédéric Mistral, dont les noms furent
« salués par de vifs applaudissements, Pierre
« Decourcelle, Paul Ferrier, Gustave Guiches,
« Jean Richepin.

« *La Société est basée sur le fonctionnement des*
« *sociétés similaires, aide mutuelle, soins médi-*
« *caux, secours, retraite.* A l'unanimité, les mem-
« bres réunis approuvèrent le rapport de
« M. Théodore Henry qui fut d'ailleurs à ce sujet
« l'objet d'une manifestation de vive sympathie.
« On procéda aux élections du Comité qui fut
« ainsi composé :

Président d'honneur : M. Robert, de Flers.
Président : M. Théodore Henry.
Vice-présidents : MM. Maurice Desvallières ; Lucien Gleize.
Secrétaire général : M. Claude Roland.
Secrétaire adjoint : M. Ernest Depré.
Trésorier : M. Léon Xanrof.
Trésorier adjoint : M. Charles Silver.
Membres : MM. Jacques Richepin, Georges Ohnet, Sylvio Lazzari, Antoine Yvan, Louis Forest, Auguste Hermain, André Heuzé, Paul Olagnier, Paul Moncousin. »

D'après la liste que nous venons de publier, nous voyons que cette société ne se composera pas absolument de gens besogneux, et nos grands pontifes mutualistes ne pourront que le recon-

naître. La présence de gens aisés dans la Mutualité n'est donc pas un mythe inventé par les médecins. Il apparaît au contraire que beaucoup de gens aisés vexés de se rencontrer dans ces Sociétés avec des personnes qui n'étaient pas de leur rang ont pris la résolution de créer des sociétés de secours mutuels pour gens riches. Je ne désespère pas de voir demain se créer de nouvelles sociétés : la Société des notaires de Paris, la Société des agents de change, puis d'autres où les statuts établiront que, pour faire partie de la société, il faudra prouver qu'on possède une vingtaine de mille francs de rentes. Je plains du reste les malheureux auteurs dramatiques. Car ce n'est rien de toucher 10 % sur les recettes brutes, surtout quand les pièces arrivent à la centième. Je crois que cela n'est pas suffisant et les pauvres qui abandonnent déjà une partie de leurs droits aux sociétés de secours mutuels, comme l'a établi un procès récent, feront bien, je le souhaite, d'abandonner la moitié des sommes qu'ils doivent toucher au profit de la caisse des pauvres auteurs dramatiques. Mais je crois que cela n'est pas suffisant, et je serais heureux de voir, à chaque entr'acte, nos grandes actrices si goûtées du public, descendre dans la salle et faire une collecte au profit des malheureux auteurs dont elles interprètent le répertoire. Leur gracieux sourire fera mûrir une abondante moisson de monnaie, qui,jointe aux quarante sous de subvention que l'Etat leur versera, leur permettra au moins en cas de maladie d'ajouter un peu de superflu au nécessaire qu'ils possèdent déjà du fait de leur talent et de sa consécration par le public.

Dr M. VIMONT.

Les problèmes médico-sociaux à l'Officiel

I

PROPOSITION DE LOI tendant à assurer le *repos de l'après-midi du samedi pour les ouvrières dans l'industrie*, présentée par M. Henry Chéron, député. — (Renvoyée à la commission du travail, 11 décembre 191

ART. 1er. — Est codifiée, dans la teneur ci-après, et formera l'article 15 *a* du Livre II du Code du travail et de la prévoyance sociale, la disposition suivante :

« *Art.* 15 *a*. — Dans les mêmes établissements, les jeunes filles de plus de dix-huit ans et les femmes de tout âge ne doivent pas être occupées le samedi à partir de midi. »

ART. 2. — Toutefois, pendant les deux années qui suivront la promulgation de la présente loi, les jeunes filles et femmes visées à l'article premier pourront être occupées le samedi jusqu'à seize heures, sans que la durée de leur travail effectif puisse toutefois excéder huit heures.

Dans l'exposé des motifs, nous détachons cet alinéa qui fixe la portée de cette loi en des termes que nous approuvons entièrement, et qui ne sauraient laisser indifférent le Corps médical :

Il est capital, pour la famille ouvrière et pour la nation, que la mère dispose de quelques heures à la fin de chaque semaine pour faire des achats et mettre son ménage en état. Actuellement, la femme qui fournit dix heures de travail à l'atelier, qui, y compris les déplacements, est absente 11, 12, 13 et jusqu'à 14 heures, n'a, les jours de semaine, ni le temps, ni la force de donner à son intérieur les soins nécessaires. Si elle veut le faire le dimanche, elle transforme ce jour destiné au repos en un jour supplémentaire de travail ; ne pouvant jouir du dimanche avec son mari et ses enfants, elle incite ces derniers à chercher des distractions en dehors de la famille.

Donner à l'ouvrière les moyens de tenir son ménage en ordre, tout en lui permettant de se consacrer le dimanche aux joies de la famille, c'est assurer une meilleure hygiène du logis ouvrier et de ses habitants, c'est resserrer les liens de la famille ouvrière, c'est enfin combattre l'alcoolisme, en rendant plus attrayant, pour le travailleur, le séjour dans son ménage, auprès de sa femme et de ses enfants.

Dans un pays comme la France, où la natalité est faible, où la mortalité est relativement élevée, où l'alcoolisme fait les ravages que l'on sait, les motifs que nous venons d'énumérer prennent une valeur toute particulière et justifient amplement la mesure que nous proposons en faveur des femmes employées dans l'industrie

II

PROPOSITION DE LOI ayant pour but de faire intervenir l'action légale et la protection des pouvoirs publics dans la *taxation*, jusqu'ici arbitraire, du *prix des loyers*, et dans la situation faite aux *locataires expulsés*, présentée par M. Ernest Roche (Seine), député. — (Renvoyée à la commission de la réforme judiciaire et de la législation civile et criminelle, 27 décembre 1913.)

ART. 1er. — Toute propriété bâtie, mise en location, devient service public et est soumise à la taxation des loyers.

ART. 2.— Cette taxation s'opère par les soins d'une commission compétente, composée d'après un règlement d'administration publique, pour chaque commune, en tenant compte des usages locaux.

ART. 3. — Chaque immeuble a son matricule à la mairie.Ce matricule contient le nombre des appartements et logements avec, en regard, le prix locatif qu'il est interdit au propriétaire de majorer.

ART. 4. — Il lui est également interdit de refuser la location de toute partie de son immeuble, sous prétexte d'enfants ou de famille nombreuse.

ART. 5. — Les baux pour installations commerciale ou industrielle sont soumis à la même taxation — ceux en cours exceptés —. A l'expiration du bail, la préférence est acquise de droit au locataire sortant qui désire le continuer et sauvegarder ainsi sa propriété commerciale.

ART. 6. — La taxation des loyers est faite pour une période de cinq années.

ART. 7. — Dans les cas d'expulsion d'un locataire insolvable, le propriétaire devra en aviser, deux jours à l'avance, le commissaire de police du quartier.

Ce magistrat pourvoira à l'abri momentané de la famille, s'il y a des enfants de moins de seize ans. Il fera transporter les meubles dans un local municipal *ad hoc* où ils seront groupés, étiquetés et tenus pendant deux ans à la disposition du chef de famille, qui pourra les reprendre quand sa situation lui permettra de se reconstituer un foyer

A relever, dans l'exposé des motifs :

Le logement, comme le pain, est un objet de première nécessité.

....

Il ne s'agit ici ni d'expropriation, ni de spoliation, ni de mainmise d'aucune sorte sur ce qui appartient à autrui, mais simplement de l'extension d'un principe que vous appliquez couramment : celui du contrôle et de la surveillance tutélaire de l'Etat sur tous les services publics.

Or, ne craignons pas d'affirmer — si hardie que paraisse cette affirmation — que la propriété bâtie, louée au public pour s'y loger, pour y exercer un commerce et une industrie, est assimilable à un service public quelconque. Et la preuve, c'est que déjà la commune et l'Etat peuvent intervenir sous le rapport des alignements, de la construction et de la salubrité.

Un propriétaire n'est pas le maître tout seul de laisser tomber sa maison dans un état de vétusté, de délabrement ou d'infection qui menacerait la sécurité et l'hygiène de ses locataires. Pourquoi le serait-il de leur imposer, quant au prix du loyer, des conditions draconiennes et usuraires qui les réduiraient à la faillite pour les commerçants, à la famine et au vagabondage pour les prolétaires ?

Le loyer de l'argent est soumis aux lois qui répriment l'usure ; pourquoi le loyer de la pierre ne le serait-il pas ?

Oui, il est aussi indispensable, pour vivre, de se loger, que se de nourrir et si le législateur, dans un but de protection sociale, a, depuis longtemps, imposé aux boulangers la taxation du pain, sans soulever d'autres protestations que celles, de plus en plus rares d'ailleurs, de ces honorables commerçants, on ne conçoit pas que la même mesure ne puisse être prise à l'égard des industriels qui ont pour profession de donner à loyer, à des tiers, des immeubles qu'ils ont fait édifier à cette intention, ce qu'on appelle — et elles sont bien nommées, certes — des *maisons de rapport.*

Remarquons, en passant, que cette question a été soulevée, il y a deux ou trois ans, dans les colonnes du *Concours*, par Diverneresse qui fut, à cette occasion, copieusement vilipend é (mais li n'en est plus à une injure près !) pour avoir fait une proposition, taxée à l'époque, de révolutionnaire...

Les idées ont marché, Cochon et son Raffut de Saint-Polycarpe ont prêché, du verbe et du geste, la croisade des locataires opprimés et brimés, et l'excès même de cette campagne dont le côté burlesque et quasi perturbateur de l'ordre ne sert qu'à masquer des intentions parfaitement humanitaires, ont fini par impressionner le public au point que le Parlement a pu — sans soulever d'émotion —, être saisi du projet de loi qui concrétise les idées de notre collaborateur et ami. Juste retour des choses d'ici bas !

Des événements récents, le renchérissement des loyers dans l'Est depuis que l'application de la loi de 3 ans a notablement accru la population militaire, donnent à cette question une actualité passionnante, et si nous nous en occupons ici avec tant d'intérêt et de développement, c'est que nous sommes en droit de supposer que la hausse dont se plaignent et souffrent les officiers, aura fatalement sa répercussion sur la population civile en général et sur les médecins en particulier.

Evidemment tous les problèmes économiques sont très discutables, et les avis se partagent pour et contre certaines solutions extrêmes, avec des arguments qui ne manquent pas de valeur de part et d'autre.

Cependant, on niera difficilement l'apparence séduisante, à bien des points de vue, du projet Roche, quand on voit les propriétaires eux-mêmes avouer cyniquement qu'ils obtiennent de leurs immeubles un rendement infiniment supérieur à leur valeur réelle, un rendement fictif et de spéculation.

C'est ainsi qu'une entreprise financière a répandu ces jours-ci, par milliers, une circulaire dans laquelle on lit :

« La plus-value progressive de la propriété immo-
« bilière et foncière à Paris, résultat naturel du ren-
« chérissement continu des matériaux et de la main-
« d'œuvre ouvrière pour les constructions nouvelles,
« et l'augmentation inévitable des loyers qui en est
« la conséquence, *assurent* aux immeubles de la X.,
« dont l'édification remonte à une époque antérieure;
« quoique récente encore, le *bénéfice* de ce renchéris-
« sement, *dont elle n'a pas eu à supporter la charge.*

« D'où une augmentation annuelle régulière de ses « bénéfices locatifs et des dividendes de ses actions.

« A mesure que, sur ses immeubles parisiens, une « partie des baux de locations viennent à expira- « tion, ces baux ne sont renouvelés qu'*avec la majo-* « *ration importante qui depuis trois ans est de règle à* « *Paris.* »

Nous n'ajouterons qu'un mot, qui est en même temps une réserve. On taxe le pain, cela est vrai, mais uniquement dans la variété dite pain de ménage, les pains de fantaisie, articles de luxe, échappant à cette réglementation. Nous pensons qu'il en devrait être de même des immeubles donnés en location, et que ceux qui sont articles de luxe devraient être soustraits à la taxation. Ainsi, on pourrait dire à Paris, que la taxe n'est applicable qu'aux appartements loués 3.000 fr. par an et au-dessous ; ce loyer de 3.000 fr., étant considéré comme s'appliquant au logement nécessaire à une famille composée du père, de la mère et de trois enfants, et comportant dès lors au moins 5 pièces. Qu'en pensent nos confrères parisiens pour lesquels la question du logement se pose souvent d'une façon si angoissante ?

G. D.

III

Réponse de M. LE MINISTRE DE LA GUERRE *à la question n° 4536, posée par* M. GHEUSI, *député, le 24 décembre* 1913.

M. GHEUSI, député, rappelle à M. LE MINISTRE DE LA GUERRE que le programme des études médicales de première année a été augmenté des « organes des sens et des nerfs périphériques » et demande si le programme d'admission à l'école de santé militaire de Lyon sera également accru de cette partie, même si une publicité spéciale du nouveau programme n'est point faite avant le 15 février, date habituelle.

RÉPONSE

Le programme du concours pour l'admission à l'école du service de santé militaire, en 1914, des candidats à 4 inscriptions, sera exactement et entièrement celui des études médicales de première année (nouveau régime).

Ce programme sera d'ailleurs incessamment publié.

Réponse de M. LE MINISTRE DE LA GUERRE *à la question n° 4535, posée par* M. GHEUSI, *député, le 24 décembre* 1913.

M. GHEUSI, député, demande à M. LE MINISTRE DE LA GUERRE : 1° si les candidats à l'école de santé militaire de Lyon devront avoir subi avec succès l'épreuve pratique du mois de mars, prévue au programme de la faculté, pour la première année de médecine ; 2° dans le cas d'admissibilité à l'école de santé militaire de Lyon au mois de juin (épreuve écrite aussi bien qu'épreuve pratique) et d'échec à l'examen de fin d'année, à la faculté, quelles conditions seront faites aux candidats.

RÉPONSE

1° En 1914, comme dans les concours des années antérieures, les candidats à l'école du service de santé militaire devront être pourvus, au jour de l'ouverture des épreuves orales, d'un certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité.

2° Les diverses dispositions, relatives à l'admission, en 1914, à ladite école, seront ultérieurement arrêtées.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 8 *et* 15 *janvier* 1913.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

3225 Babeau, à Aigues-Mortes (Gard).
3226 Leriget, à Cubjac (Dordogne)
3227 Delsart, à Faucogney (Haute-Saône).
3228 Lajotte, à Etampes (Seine-et-Oise).
3229 Heydenreich, à Ambarès et La Grave (Gironde).
3230 Peigné, à Evreux (Eure)
3231 Linel, à Domène (Isère)
3232 Arambourou, à La Roche-Posay (Vienne).
3233 Girou, à Aurillac (Cantal).
3234 Vergeron, à Saint-Savin-de-Blaye (Gironde).
3235 Flerecq, à Préseau (Nord).
3236 Jouteau, à Couhé-Vérac (Vienne).
3237 Blanchard, à Vaucontourt (Haute-Saône).
3238 Boeldieu, à Saint-Simon (Aisne).
3239 Delahousse, à Allouagne (Pas-de-Calai
3240 Turlais, à Angers (Maine-et-Loire)

— Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr P., d'une somme de 254 fr. 88, montant de ses frais dans l'affaire de responsabilité civile gagnée en première instance par le Dr P., et portée en appel par son adversaire.

— Le Dr F. demande le remboursement de la somme de 12 fr. 45 payée pour frais de copie d'un arrêt de la Cour d'appel condamnant des individus qui avaient tenté de le faire chanter. (*Accordé*

— Le Dr G. demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel interjeté par son adversaire

contre un jugement du Tribunal civil de M., repoussant une demande de dommages-intérêts pour prétendue responsabilité civile.

Bien que le Dr G. n'ait pas droit à la garantie de la caisse spéciale pour cette affaire, antérieure à son adhésion au « Sou », le Conseil, considérant qu'il est victime, en l'espèce, d'une procédure abusive, lui accorde l'appui pécuniaire en appel, les frais de première instance, et le principal de la condamnation, si par impossible il en était prononcé une, devant rester à sa charge, le cas échéant.

— Le Dr B., demande l'appui pécuniaire pour poursuivre un patron qui, à l'instigation de sa Compagnie d'assurances, refuse de payer au tarif ouvrier local ses honoraires pour soins donnés à son ouvrier blessé, contrairement à l'usage établi dans la région à la suite des décisions prises par le Syndicat.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B., pour poursuivre solidairement le patron et l'ouvrier, celui-ci devant être condamné à la différence existant entre les deux tarifs, au cas où le juge de paix serait d'avis que le patron ne doit payer que les honoraires dus d'après le Tarif Dubief.

— Le Dr J., de T., se voit contester, dans le règlement d'une note d'honoraires accidents, l'application de l'arrêté ministériel du 16 juillet 1906, qui a porté à 2 fr. 50 le prix de la visite à T., sous prétexte que cette décision, ayant été prise transitoirement, aux termes de l'arrêté, ne saurait avoir conservé son effet après un délai de plus de 7 ans.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr J., pour résister à une interprétation aussi insoutenable, car il est évident qu'une disposition transitoire doit conserver son effet jusqu'à ce qu'elle ait été remplacée par une autre disposition (1).

— Le Dr T. est traîné en appel d'un jugement condamnant un client à lui payer ses honoraires. Son adversaire, condamné par défaut, a laissé passer les délais d'opposition pour faire appel, augmentant ainsi les frais judiciaires ; il plaide l'incompétence du Tribunal, se prétendant domicilié à Paris et non à M..

Le Conseil accorde au Dr T. l'appui pécuniaire pour résister à cet appel.

(1) Sur menace de poursuites, la Compagnie d'assurances, renonçant à soutenir son interprétation inadmissible a payé à l'amiable le Dr J.

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

Le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical*, qui faisait partie, comme membre de leur Conseil d'administration, de la plupart des œuvres professionnelles, vient de succomber brusquement.

Notre regretté confrère était un des hommes les plus compétents dans les questions professionnelles et des plus dévoués à la défense des intérêts de notre corporation. D'un caractère affable et conciliant, il apportait, dans la discussion des questions délicates et difficiles, des solutions impartiales et toujours élégantes ; d'une très grande modestie, il savait accepter les charges sans jamais aspirer aux honneurs. Ses confrères, en lui rendant unanimement hommage, expriment leurs regrets de le voir si subitement disparaître, alors que sa robuste apparence semblait encore promettre de nombreuses années de labeur.

Sciences médicales de Bordeaux.

***

La rédaction et les membres du *Concours médical* sont frappés d'un deuil pénible par la mort de M. le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical*. Le vaillant rédacteur a été frappé subitement, après avoir consacré de longues années au journal et à la Société, dont il était le guide éclairé. Le docteur Jeanne était connu et apprécié dans notre pays, où l'on suivait avec intérêt les phases du bon combat mené par Jeanne, ses collaborateurs et la Société du *Concours médical*, pour la défense de l'honneur, de la dignité et des intérêts du corps médical.

Nous nous associons au deuil de nos amis du *Concours médical* et saluons avec émotion la tombe d'un confrère qui s'est, toute sa vie, dévoué, au relèvement de la profession médicale en France.

Dr DÉJACE.

Le Scalpel et Liège médical.

***

Le Dr Jeanne, rédacteur en chef du *Concours médical*, vient de succomber brusquement. Sa mort est une perte pour les praticiens, car notre regretté confrère était un des hommes les plus compétents dans les questions et des plus dévoués à la défense des intérêts de notre corporation. Sa modestie était extrême : s'il accepta volontiers les postes où l'on travaille et où l'on peine, il refusa toujours ceux qui mettent leur titulaire en vedette. Quoique très énergique dans ses résolutions, il était d'un caractère affable et conciliant, qui lui attirait la sympathie et de solides amitiés. Nous tenions à lui rendre cet hommage mérité. G.

Le Bulletin médical, n° 2 (15 janvier).

***

Le Dr Jeanne, directeur du *Concours médical*, est mort subitement le 6 janvier dernier.

C'est une perte, une très grande perte pour toute la famille médicale.

Le rôle du Dr Jeanne dans la bataille professionnelle est connu. On ne sait pas cependant toute la force, tout le travail, toute la valeur de ce militant. Car le Dr Jeanne était un modeste, et il s'efforçait toujours de taire l'importance de son travail.

Disons seulement qu'il fut l'un des principaux artisans du tarif Dubief. C'est Jeanne qui, au milieu des difficultés que nous ne soupçonnons pas, a pu, dès l'établissement de la Commission, obtenir que fût respecté le principe du tarif à la visite. C'est grâce à lui aussi qu'un peu plus tard on put faire entrer dans la loi le principe du Libre choix.

Le Dr Jeanne, qui était, à ce moment-là, délégué de l'Union des Syndicats médicaux, eut à combattre de redoutables adversaires. Il mena le combat en tacticien consommé, et les médecins praticiens ne peuvent oublier les immenses services qu'il leur a rendus.

Il dut, pourtant, après les succès obtenus à la première commission, se retirer. Les adversaires du Corps médical avaient appris à le connaître. La conversation devenait impossible. Le Dr Jeanne démissionna donc. Mais le résultat était obtenu. Le tarif à la visite était accepté. Depuis cette époque, si nos confrères délégués à la Commission du tarif ont à lutter, c'est pour conserver les conquêtes alors obtenues grâce à Jeanne. Et encore le bon ouvrier continuait à mener la lutte au *Concours* et partout où son conseil et son expérience pouvaient être utiles.

Avons-nous besoin de rappeler le tarif Jeanne et le rôle que joua Jeanne dans le relèvement des honoraires médicaux ?

Il faudrait aussi reprendre, année par année, les luttes poursuivies depuis plus de 20 ans, pour la profession médicale.

Nous ne pouvons pas le faire dans un article.

Le nom de Jeanne ne disparaîtra pas. Il se trouve écrit à chaque page de l'histoire du syndicalisme médical. Car Jeanne a vécu cette histoire. Il compte parmi les hommes qui impriment leur marque où ils passent. Et le Dr Jeanne était, parmi nous, une des personnalités les plus précises, les plus vivantes et les plus fortes.

Nous prions la famille du Dr Jeanne d'agréer l'expression de nos sympathies attristées. Nous prions nos confrères du *Concours médical* de bien vouloir recevoir nos sincères condoléances pour la perte cruelle qu'ils viennent de faire.

La mort du Dr Jeanne est certainement la perte la plus cruelle qu'ait faite le Corps médical depuis bien longtemps.

(*L'Aurore Médicale.*)

***

C'est avec une bien douloureuse surprise que nous apprenons la mort du docteur Jeanne, directeur du *Concours médical.*

Tous ceux qui ont approché et connu ce si sympathique confrère ont pu apprécier sa bienveillance, sa loyauté, en même temps que la sûreté de son jugement et la précision de ses raisonnements, tous frappés au coin du plus parfait bon sens.

Très habile praticien, Jeanne s'était consacré, depuis longtemps, aux œuvres de défense professionnelle et son autorité hautement prépondérante en faisait un des confrères les plus écoutés dans toutes les Assemblées où il siégeait. On aimait toujours à prendre son avis, et on avait, dans tous les cas, à retirer le plus grand profit de sa grande expérience.

Et puis, il était la bonté même. Sa bonne figure ouverte et franche inspirait la confiance. Que d'amis il a su se faire dans le Corps médical ! Au milieu des luttes et des polémiques les plus acerbes, il était toujours le conciliateur ; il voulait avant tout l'apaisement et la concorde ; il rêvait d'une grande Famille médicale unie étroitement et délivrée de toutes les misères matérielles et morales qui l'étreignent.

C'est un grand cœur qui vient de cesser de battre.

Que nos confrères du *Concours médical* veuillent bien agréer ici l'expression de nos condoléances les plus émues et l'assurance de notre profond chagrin.

Docteur E. AUSSET.

La Pédiatrie pratique, n° 2 (15 janv.).

***

Mort du Dr Jeanne, directeur du *Concours médical.* Nos hommages posthumes à ce laborieux et tenace confrère qui rendit de grands services au Tiers Etat médical.

Réveil médical, 11 janvier.

***

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical.*

Le docteur Jeanne qui avait été médecin de la marine avant de se fixer à Meulan, s'était consacré depuis de longues années à la défense des intérêts du corps médical et aux œuvres de mutualité patronnées par le *Concours médical.*

Nous adressons à la rédaction du *Concours médical* l'assurance de nos bien vives condoléances.

Gazette des hôpitaux, n° 5, (13 janvier).

(*A suivre.*)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

**Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.**

Trente-sixième année. N° 6 Dimanche 8 Février 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le syndicalisme du Dr Jacques Bonhomme

Pour avoir présidé durant un an son Syndicat, le Dr Jacques Bonhomme était devenu syndicaliste et syndicaliste sincère. L'action syndicale était le sujet favori de ses conversations.

Comme le mauvais temps ne permettait plus les promenades sur le Mail et les controverses en plein air avec Bourru, l'universitaire retraité, les deux amis s'enfermaient parfois dans le cabinet du docteur et, déambulant au milieu des paperasses et des bouquins, humant un café parfumé ou grillant des cigarettes, ils devisaient pendant de longues heures et occupaient ainsi les longues soirées d'hiver.

Lorsqu'ils ne réformaient pas la société, ils changeaient la constitution des Etats ou bouleversaient la carte du monde. Il leur arrivait aussi souvent de parler syndicalisme et syndicalisme médical.

Un soir, Bourru, avec un air narquois, aborda dès l'entrée le sujet de la conversation coutumière :

— « Eh bien ! mon vieux, il va donc avoir lieu ce Congrès des praticiens, qui paraissait te tenir tant au cœur. J'en ai lu le programme et ce n'est plus un programme absolument négatif. Cette fois, la question positive d'organisation est nettement posée. Nous allons enfin voir ce que les praticiens syndiqués ont dans le ventre.

Nous allons pouvoir juger leurs projets d'organisation syndicaliste de l'hygiène et de la médecine publiques. Je crains bien que sur ce point tes excellents confrères ne fassent pas la preuve du meilleur sens pratique. »

— « Détrompe-toi, Bourru, répliqua, non sans humeur, le Dr Jacques Bonhomme qui n'avait pu s'habituer à prendre en riant les taquineries de son vieux camarade. Détrompe-toi. Pas n'est besoin pour raisonner sainement d'avoir enseigné officiellement la logique, la morale et la métaphysique à une demi-douzaine de forts en thème et à deux douzaines de crétins dans un collège de l'État. L'esprit du praticien n'est pas, comme tu le penses, cristallisé en de vagues formules. Constamment en contact avec les phéno-

mènes de la vie, il sait rester vivant, s'adapter au milieu qui l'entoure et tenir compte des événements. Les conclusions des rapporteurs de notre Congrès seront, j'en suis sûr, assez pratiques pour être réalisées demain sous forme de lois ou de règlements. »

— « C'est bien ce que j'attendais ! interrompit Bourru. Il est beau ton syndicalisme ! Etrange syndicalisme que celui qui prépare des règlements et des lois !

Mais ne t'aperçois-tu pas, malheureux, que vous allez forger vous-mêmes les chaînes qui doivent vous entraver ! Vous allez encore renforcer la puissance de l'Etat ! Comment ! Vous vous plaignez sans cesse de l'arbitraire et de la tyrannie de l'Etat et de ses Administrations, vous parlez de l'oppression des politiciens, de la veulerie des parlementaires et qu'avez-vous à opposer à cela? Des règlements et des lois. Ah! ah! laisse-moi rire, mon Bonhomme, laisse-moi rire ! Que penseraient de toi, s'ils t'entendaient, les vrais syndicalistes, les syndicalistes ouvriers?

Ah ! ceux-là ne s'embarrassent pas de règlements ni de lois. Ils savent ce que c'est que l'action. Regarde la C. G. T.; est-elle assez illégale ? Et, malgré cela, elle vit, elle dure, elle agit.

Mon pauvre ami, va à l'Ecole, et avant d'en faire, apprends ce qu'est le syndicalisme. »

— « Bourru, répliqua gravement le Dr Jacques Bonhomme, j'ai appris à penser et je n'ai pas l'habitude, tu le sais, de parler de ce que j'ignore. Tu as tes petits défauts et, parmi eux, celui de te laisser trop facilement prendre au sens étroit des mots. J'ai dit que de notre Congrès sortiraient des conclusions pratiques pouvant se transformer en lois, en règlements. Ajoute, si tu veux, en contrats ou en conventions. Lois et règlements, contrats ou conventions ne valent que par la bonne volonté que nous mettons à les respecter. Il est telle loi (notre loi sanitaire par exemple) qui n'a jamais pu être complètement appliquée, tandis que certains accords sans sanctions, mais librement consentis, ont plus de puissance que les articles du Code. Laissons donc ces querelles de mots.

Cependant, je ne saurais considérer la loi comme une entrave au progrès ; elle est souvent exactement le contraire. Ainsi notre loi syndicale de 1884 qui fut si mal accueillie par les syndicalistes de cette époque (1), a singulièrement accru, développé, fortifié les syndicats professionnels. Voilà un fait qu'on ne saurait contester.

Tu m'accuses d'ignorer le syndicalisme, Bourru. Eh bien ! permets-moi de te dire rapidement ce que j'en sais et comment je le comprends. Et excuse-moi si ma leçon manque de la belle ordonnance nécessaire, je n'ai jamais enseigné, moi, dans les Universités, ni dans les collèges ; j'observe et je juge en médecin et tâche d'exposer ma pensée aussi nettement et clairement que possible. »

— « Va, répliqua Bourru qui s'amusait toujours de voir son vieil ami prendre au sérieux ses boutades. Va, je suis résigné à t'entendre; mais, je t'en prie, ne sois pas trop long. »

— « Le syndicalisme, commença le Dr Jacques Bonhomme, consiste dans le groupement d'individus de même profession en syndicats pour défendre leurs intérêts corporatifs. Mais si les intérêts corporatifs les plus immédiats sont le but principal des syndicats, on ne saurait, en conscience, reprocher à ces derniers de regarder plus loin, de songer à l'avenir de leur profession, à la place qu'elle devra tenir dans une société comme la nôtre qui, économiquement, est en voie d'évolution si rapide qu'on se demande chaque jour si ce ne sera pas le lendemain une révolution.

Le syndicalisme ouvrier, qu'on le veuille ou non, se rapproche sur plus d'un point de notre syndicalisme médical; il a aussi avec lui, je le sais, des différences profondes que je relèverai dans un instant, mais le médecin se trouve comme l'ouvrier aux prises avec des difficultés semblables et, dans la lutte, s'il ne lui est pas permis d'employer les mêmes moyens, il est porté à raisonner souvent de façon analogue et à subir les mêmes tendances. Aussi, pour bien connaître notre syndicalisme, il n'est pas superflu d'examiner d'abord le syndicalisme ouvrier. »

— « Continue, dit Bourru que l'exposé de Jacques Bonhomme commençait à intéresser. »

— « L'action syndicale, reprit Jacques Bonhomme, n'est pas une force délimitée et minutieusement réglée. Elle n'obéit pas à des lois fixes, et n'est soumise à aucun dogme. Elle se plie aux circonstances, se sert de toutes les occasions pour triompher ; c'est une action quotidienne, constante, patiente, qui vise à la défense, et au besoin, à la conquête de l'indépendance, de la liberté économique du syndiqué.

Et comme l'a dit un syndicaliste ardent, Hubert Lagardelle :

« Cette liberté ne descendra pas tout à coup du « ciel comme la Minerve armée sortit du cerveau de « Jupiter. Sa conquête ne sera que l'universalisation « de mille libertés conquises et l'acte de décès de « mille autorités défuntes. » (1).

Tu vois, mon ami, qu'on ne saurait parler de doctrine en syndicalisme; c'est même là le fossé le plus profond qui le sépare du socialisme.

« Le syndicalisme, a dit le même H. Lagardelle, « est vide de tout utopisme, en ce sens qu'il subor- « donne son triomphe à tout un ensemble de condi- « tions préalables et qu'en attendant, il joue dans le « monde un rôle rénovateur. »

Mais s'il n'y a pas de dogmes, de doctrines, d'utopie en syndicalisme, il y existe des tendan-

(1) Ordre du jour du Congrès corporatif de Lyon de 1886 repoussant l'acceptation de la loi syndicale de 1884 par 74 voix contre 29 et 7 abstentions.

(1) H. Lagardelle. — Le syndicalisme et le socialisme en France (Paris, Marcel Rivière, édit, 1908).

ces. Ces tendances ont été nettement exposées dans une intéressante étude de Félicien Challaye (1) et il n'est pas sans intérêt de les préciser.

« Les uns, écrit Challaye, voient surtout dans « l'action syndicale le moyen de détruire la société « présente : leur philosophie, c'est le syndicalisme « révolutionnaire ; les autres voient surtout dans « l'action syndicale, le moyen d'améliorer immédia- « tement la condition de la classe ouvrière : leur « philosophie, c'est le syndicalisme réformiste. »

Le syndicalisme réformiste évite autant que possible l'agression et le désordre. Il est partisan avant tout du règlement des conflits à l'amiable. Il cherche à obtenir une législation moins imparfaite. Les syndicats réformistes s'efforcent d'avoir des représentants dans toutes les institutions touchant à la législation ouvrière (conseil supérieur du travail par exemple). Ils ne dédaignent pas de collaborer aux études des commissions parlementaires et attachent un grand prix à toutes les organisations syndicales (secours de chômage, de maladie, de décès, subsides en cas de grève, viaticum, œuvres de mutualité, enseignement professionnel). En somme, la défense et l'amélioration de la profession est le but presque exclusif du syndicalisme réformiste.

Le syndicalisme révolutionnaire vise avant tout la transformation totale de la société actuelle. Sa base est la lutte de classes. Ses moyens d'action préférés sont ceux de l'action directe (grèves, manifestations, sabotage, boycottage, label, etc.). Enfin, il espère arriver à la destruction de l'Etat par la grève générale.

Ainsi, tu vois, mon cher ami, que notre syndicalisme médical ne saurait guère être que réformiste ; je doute que, parmi les 10.000 praticiens syndiqués, il se trouve une minorité appréciable capable d'imposer systématiquement à notre action syndicale une tendance révolutionnaire.

Cependant, il ne faut pas enfermer des institutions aussi vivantes et aussi souples que les syndicats dans des cadres immuables et élever un mur entre les deux tendances syndicalistes. Il est chez les syndicalistes révolutionnairces une méthode d'action qui a mes préférences, je veux parler de l' « action directe. »

Bourru eut un sursaut :

« Comment donc ? interrompit-il, indigné. Est-ce donc un médecin qui parle ainsi ? L'action directe ? Est-ce toi maintenant qui va prêcher aux praticiens, tes confrères, la grève et le sabotage ? Et quelles seront les victimes de ta fameuse action directe ? Des malheureux, des êtres sans défense, de pauvres malades. »

Le Dr Jacques Bonhomme, qui s'attendait à la sortie, imperturbable, laissa passer l'orage et continua avec un imperceptible sourire :

« Mon cher Bourru, je constate encore une fois que les mots te font peur. Bien que lettré, tu ignores la signification du terme *action directe*. Pour t'en faire bien saisir le sens, je vais en emprunter la définition à un révolutionnaire, H. Lagardelle, que je citais, il y a un instant.

« L'*action indirecte*, dit-il, principe de la démocratie et de son succédané, le socialisme parlementaire, substitue le *représentant* au *représenté*. L'*action directe*, principe du syndicalisme *élimine l'intermédiaire et ne conserve que l'intéressé.* »

Cela veut dire que, sans avoir recours à la grève ni au sabotage, nous pouvons, nous autres médecins, nous efforcer de régler nos affaires directement nous-mêmes, par nos propres moyens, sans aller à tous propos demander de nouvelles lois et réclamer l'appui des pouvoirs publics. Par exemple, il n'est pas besoin pour résoudre le conflit médico-mutualiste de demander une modification de la loi sur la mutualité, il nous suffit à nous, médecins, de le vouloir et de le bien vouloir. » —

« Tu m'as convaincu, dit Bourru rassuré. Ainsi comprise, j'admets l'action directe et je la préfère même à toute autre action. Mais tu me parais, quand même, féru de réformisme. Ce système, très pratique, manque un peu d'idéal. Vos syndicats vont-ils donc se désintéresser de l'avenir et de l'évolution sociale ? »

« Evidemment non, continua J. Bonhomme, mais cette préoccupation tient chez eux le second rang. D'ailleurs, je te l'ai dit, il n'y a pas en syndicalisme deux écoles, il y a seulement deux tendances et les extrêmes, ici comme partout ailleurs, à mon avis, se trompent.

Autant il faut avoir l'esprit égoïste et étroit pour ne songer qu'à l'intérêt immédiat, repousser tout idéal et réduire le syndicalisme réformiste uniquement à une question de gros sous ; autant il est imprudent de croire qu'on peut tout bouleverser par décision syndicale, faire triompher la révolution par la proclamation de la grève générale et ramener ainsi l'âge d'or en ce bas monde. De Seilhac, dans un ouvrage très documenté sur les syndicats (1), montre bien ce qu'il y a de naïf dans cette dernière conception et assimile les ouvriers qui voudraient l'appliquer, à des enfants capricieux qui pour faire enrager leurs voisins refuseraient de manger et en arriveraient à « bouder contre leur ventre ». Une ville où éclaterait la grève générale serait assez semblable à une place rigoureusement assiégée ; ce serait la partie la plus pauvre de la population qui souffrirait le plus et ce serait elle qui la première demanderait grâce. D'ailleurs les plus révolutionnaires des Syndicalistes n'ont pas une aveugle confiance dans le succès : ainsi voici ce que dit H. Lagardelle. »

Et le Dr Jacques Bonhomme, feuilletant une brochure rouge lut :

(1) F. CHALLAYE. — Syndicalisme révolutionnaire et syndicalisme réformiste (Paris, Alcan, 1900).

(1) DE SEILHAC. — Syndicats ouvriers. Fédérations. Bourses du travail (A. Colin, édit., Paris, 1902).

« J'avoue d'ailleurs, j'avoue que même si les « rêves d'avenir du socialisme syndicaliste ne se réa- « lisent jamais — *et, nul de nous n'a le secret de* « *l'histoire* — il me suffirait, pour lui donner toute « mon adhésion, de constater qu'il est, au moment « où je parle, l'agent essentiel de la civilisation du « monde. »

« Et, non sans raison, l'auteur nous montre que l'action syndicale révolutionnaire est un stimulant puissant, à la fois économique et moral, qu'il réveille le culte de la liberté, « fait appel aux forces vives de la personnalité humaine, donne un exemple permanent de courage et d'énergie » et cela non seulement aux syndiqués, mais à leurs adversaires.

« J'avoue qu'il y a là quelque chose de séduisant, en tous cas, plus de noblesse que dans la veulerie passive de ceux qui attendent que les citoyens, tous fonctionnaires, émargent au budget et viennent servilement, comme nos pseudo-mutualistes, mendier la sportule de l'Etat-Providence. »

— « Bien qu'opposé à toute action révolutionnaire, déclara Bourru, je reconnais qu'il y a quelque chose de digne et de beau dans cette soif d'activité et dans cette dépense d'énergie. Mais tu viens de parler de l'Etat-Providence ; il faudra bien cependant lui faire une place, à l'Etat.

Si tu considères le syndicalisme révolutionnaire comme une billevesée, vouée à un échec certain, et le syndicalisme réformiste comme trop étroitement égoïste, dis-moi quel est le tien ; parle-moi un peu maintenant du syndicalisme médical ; en un mot ; arrive au fait. »

— « J'y arrive, j'y suis, reprit le Dr Jacques Bonhomme sans se démonter.

Tu comprends qu'il est inutile de discuter longuement sur l'impossibilité de donner au syndicalisme médical une tendance vraiment révolutionnaire. Qu'on le veuille ou non, le médecin sera toujours considéré comme un bourgeois ; fils de bourgeois ; dans les quatre cinquièmes des cas, il est presque toujours marié à une bourgeoise. La presque unanimité des praticiens a horreur des bouleversements sociaux. Sur 10 à 12.000 médecins français syndiqués, la très grosse majorité défendrait la société actuelle malgré les déboires qu'elle y trouve, et parmi ces syndiqués se trouvent plus d'un défenseur convaincu et sincère du trône et de l'autel.

Donc, le syndicalisme médical est réformiste avant tout. Les praticiens se sont décidés comme moi à faire de l'action syndicale parce qu'ils ont souffert, ou ont vu leurs voisins souffrir, parce qu'ils se sont sentis impuissants à défendre, isolés, leur dignité et leur indépendance menacée par l'exploitation d'une collectivité, les exigences d'un politicien, l'arbitraire d'une administration. Si le praticien est de courte vue, il borne là son désir et son syndicalisme est toute entier contenu dans un plat réformisme.

Mais il en est qui réfléchissent, dans le corps médical, et si, comme les révolutionnaires, ils ne rêvent pas de bouleverser la société tout entière ce qui, de leur part, vu leur nombre restreint, serait absolument ridicule, s'ils ne songent pas à faire entrer la société actuelle dans l'organisation falote d'une cité nouvelle, faite en vue des médecins, sorte de royaume des morticoles, — ces praticiens avisés constatent la rapidité étrange de l'évolution sociale, reconnaissent la nécessité d'organiser leur profession pour la faire marcher à l'unisson du progrès, pour l'adapter au milieu où elle-même se meut. Les tendances sociales de notre législation, sans les effrayer, les préoccupent. Ils craignent de devenir les victimes fonctionnarisées d'un socialisme d'Etat oppresseur. C'est cette crainte et cette préoccupation qui incontestablement domineront notre prochain Congrès professionnel. Certes, ce ne sera pas facile de trouver des solutions pratiques et immédiatement applicables aux exigences nouvelles de ce qu'on est convenu d'appeler la médecine sociale.

Déjà, les uns demandent, pour conserver toute l'indépendance, toute la liberté, toute la dignité du médecin traitant, le véritable praticien, qu'on fasse la part du feu et qu'on abandonne certaines fonctions de contrôle et de police sanitaire à des docteurs en médecine agents de l'Etat qui, devenus fonctionnaires, ne pourront plus exercer, et dont la désignation pourrait être faite avec participation des syndicats. Ces agents, bien qu'étrangers au corps médical, serviraient, par l'intermédiaire des groupements syndicaux, de lien entre l'Etat et le corps des praticiens organisés, et les syndicats médicaux pourraient dans chaque région, dans chaque canton même, devenir des chambres consultatives donnant un avis compétent sur chaque question de leur ressort.

D'autres voudraient immédiatement imposer à l'Etat un système décentralisateur. Se rappelant l'expérience que fit, il y a vingt ans, le Dr Jeanne et ses confrères, dans le canton de Meulan et en Seine-et-Oise, ils rêvent de prendre en mains l'organisation de l'hygiène publique et de tout ce qui, en France, ressortit de près ou de loin de la compétence médicale.

Leur désir est noble et beau. Mais est-il réalisable à l'heure actuelle ? Combien de syndicats en France sont capables d'assurer ces services ? Combien le voudraient-ils ? Et comment ferait-on dans les régions où il n'existe pas de syndicats ou, ce qui est exactement de même, où il n'est pas de syndicats actifs ?

C'est là une inconnue que nous ne saurions résoudre et nous attendrons pour cela la réponse du Congrès.

En tous cas, ce dernier système est, j'en conviens, séduisant, s'il ne me paraît pas immédiatement pratique. »

— « Mais, interrompit vivement Bourru, tu te trompes. Comment arriver à concilier ce système avec la conception actuelle de l'Etat ? »

— « Oh ! l'Etat lui-même évolue, répartit le Dr Jacques Bonhomme. Lis, si tu veux t'en convaincre, l'étude sur les syndicats de fonction-

naires (1) que publia, il y a quelques années, un avocat de haute intelligence qui devait devenir peu après ministre du travail, M. Paul-Boncour. Il montre, après Vandervelde, le socialiste belge, et d'autres sociologues qui eux, ne sont pas collectivistes, que de plus en plus une différence doit s'établir entre l'*Etat-pouvoir* et l'*Etat industriel*. Pour nous, l'*Etat Industriel* est l'Etat entrepreneur d'enseignement médical, d'hygiène, de désinfection, de prophylaxie et de soins. Parlant de l'organisation plus ou moins officielle, mais réalisée en vérité par tous les fonctionnaires sous les formes de Mutuelles ou d'Amicales, M. Paul-Boncour écrit :

« Si cela continue, il ne restera bientôt plus rien « de la vieille conception centralisatrice d'un Etat « uniformément souverain, jouissant des mêmes prérogatives, ayant les mêmes organes, qu'il rende « la justice ou qu'il vende des allumettes. Des services publics diversifiés, démocratisés, décentralisés se « seront insensiblement substitués aux vieilles administrations hiérarchisées, centralisées et prêtes à subir les tyrannies successives des majorités politiques « et des incompétences largement prébendées. »

Entends-tu, Bourru, c'est un homme qui allait être ministre du travail qui parle, d'un homme dont le langage qui n'a rien de commun avec celui de M. Henry Chéron. Ecoute, je continue :

« L'Etat gardera par devers lui le droit de contrôle « qu'il lui appartiendra d'exercer au nom de la nation tout entière. Aux employés, aux fonction« naires (aux médecins, ajouterai-je) groupés dans « leurs syndicats respectifs il appartiendra de décider « leurs intérêts professionnels, d'opposer les droits « acquis aux faveurs du pouvoir, d'indiquer ceux qui « doivent bénéficier des avancements, etc.

« Et on peut prévoir que le jour viendra où l'Etat « comprendra que n'ayant plus en face de lui des « fonctionnaires dociles et d'ailleurs paresseux, le « meilleur moyen d'assurer le bon fonctionnement « de ses services est encore d'y intéresser ceux qui « en sont chargés en les faisant participer, au moins « dans une certaine mesure et pour les services qui le « comportent, aux fluctuations de leur rendement. « Une stricte autonomie budgétaire sera la condition « facile d'une telle organisation. »

« Oui, interrompit Bourru, on peut prévoir que le jour viendra, mais il ne me paraît pas encore venu.

En attendant il se fait tard et sur ce sujet, tu me parais inépuisable. Allons nous coucher, et nous reprendrons si tu veux cette conversation une autre fois ».

Et là-dessus, nos deux amis se séparèrent.

J. NOIR.

(1) J. PAUL-BONCOUR. — Les Syndicats de fonctionnaires (Ed. Cornély, édit., Paris).

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE MÉDICO-LÉGALE

Faculté de médecine : M. le Professeur THOINOT.

Les morts subites par lésions cardio-vasculaires et respiratoires.

Qu'appelons-nous, en médecine légale, mort subite ?

En pathologie, on désigne sous ce nom la mort soudaine, survenant au cours d'une affection aiguë ou chronique. Vous soignez, par exemple, un malade atteint d'une fièvre typhoïde, d'une phlébite, d'une affection du cœur. Vous apprenez que le patient a succombé soudainement : c'est, pour le clinicien, la mort subite. En médecine légale, ce terme a une signification différente. Il veut dire mort rapide, mais non nécessairement soudaine, et toujours mort *imprévue*. Voilà le point essentiel. Le sujet paraissait pour tout le monde bien portant. Le plus souvent, certes, il était atteint d'une maladie latente, dont le seul signe révélateur a été la mort subite. En un mot, pour le médecin légiste, la soudaineté n'est pas le caractère majeur de la mort subite ; celle-ci est subite principalement par l'imprévu.

Vous comprenez combien ces morts peuvent éveiller les soupçons de l'entourage et de la justice. Voici un individu qui fait un repas ; il avale de travers et il tombe inanimé. Voici un autre sujet qui, sur la voie publique, reçoit un coup à l'épigastre ; il chancelle et meurt instantément. En voici un troisième qui, un jour, après un repas, est pris de douleurs abdominales et meurt en quelques heures. Un autre succombe brusquement, dans la rue, à une cardiopathie ignorée. Sur tout cela, des soupçons peuvent s'élever.

En médecine légale donc, la mort subite est une mort qui, par sa rapidité et son caractère imprévu, donne ou peut donner lieu à des soupçons et à une action judiciaire

Les morts subites, ainsi comprises, peuvent se décrire sous 4 groupes.

Le premier groupe concerne les cas dans lesquels vous trouvez, à l'autopsie, à la fois des lésions chroniques et des épisodes aigus greffés sur l'état chronique, par exemple une rupture du cœur et une cardiopathie, une perforation stomacale et un ulcus gastrique. L'épisode aigu (rupture du cœur, perforation de l'ulcère) explique facilement la mort subite.

Le second groupe a déjà une pathogénie moins parfaite. Il comprend les cas où vous découvrez bien encore des lésions chroniques (du système vasculaire principalement) mais pas d'épisode aigu. Que se passe-t-il alors ? Ces lésions chroniques, nous les rencontrons, semblables, chez des personnes, des vieillards, qui vivent longtemps et ne meurent pas subitement. Pourquoi dans un cas y a-t-il mort subite, pourquoi pas dans les autres ? Nous n'en savons rien, et nous n'en saurions pas plus, en disant, avec les auteurs allemands, qu'il intervient, là, de la paralysie cardiaque. Cependant, malgré ce point obscur, pour le juge, l'existence de lésions suffit à expliquer la mort.

Le troisième groupe comprend les cas où un sujet sain meurt subitement d'un épisode formidable, par exemple à la suite d'une mauvaise déglutition, lorsqu'un bol alimentaire volumineux, au lieu de passer par la « rue au pain », passe par la « rue à l'air », à la suite encore d'un choc à l'épigastre ou au larynx qui, vous le savez, peut tuer par inhibition.

Le quatrième groupe, enfin, dont je vous parlerai surtout à propos de la mort subite des nourrissons, est celui où, à l'autopsie, vous ne trouvez rien. Si les constatations médico-légales sont, en pareille circonstance négatives, c'est que la mort ne tient pas qu'à des lésions. Elle tient quelquefois aussi à des troubles fonctionnels. Nos connaissances de physiologie pathologique ne sont pas, sur bien des points, assez avancées pour que nous fournissions toujours de ces faits une explication. Nous ne sommes pas, d'ailleurs, d'une manière générale, très rigoureusement éclairés ni sur les causes intimes de la vie, ni sur celles de la mort.

Nous allons passer successivement en revue les morts subites par lésions des différents systèmes d'organes. Nous commencerons par la mort subite dans les lésions de l'appareil cardio-vasculaire. Les altérations chroniques du cœur et des vaisseaux sont une des causes les plus fréquentes de mort subite. Les anciens auteurs croyaient que l'on mourait subitement surtout par le cerveau et le poumon. Pour eux, la congestion cérébrale et la congestion pulmonaire jouaient alors un grand rôle. Aujourd'hui, dans l'étiologie de la mort subite, les mots de congestion cérébrale ou pulmonaire paraissent un peu dénués de sens. On n'a pas tardé à reconnaître que les lésions qui se rencontraient le plus dans la mort subite étaient des altérations chroniques cardio-vasculaires.

Ces lésions chroniques cardio-vasculaires se voient dans deux circonstances correspondant aux deux premiers groupes dont j'ai parlé. Vous avez, d'abord, les lésions chroniques du cœur et des vaisseaux, avec, en plus, un épisode aigu greffé sur l'état chronique. L'épisode aigu habituel est la rupture du cœur ou la rupture d'un anévrysme. Vous avez, ensuite, les lésions chroniques cardio-vasculaires, sans épisode aigu. Etudions, en premier lieu, les cas avec épisodes aigus surajoutés. Ce sont les plus rares, et cela peut sembler étrange, car la littérature non médicale, les reportages des journaux en particulier, signalent à chaque instant les ruptures d'anévrysmes. En réalité, la rupture d'anévrysme joue un rôle très effacé dans la mort subite.

La rupture du cœur est une chose assez exceptionnelle. Elle s'observe plutôt chez l'homme et le vieillard. Elle siège anatomiquement sur le ventricule gauche et est complète ou incomplète. Ce qu'il faut savoir, c'est que cette rupture n'intervient pas sur un cœur sain, mais toujours sur un cœur lésé. Il existe constamment, en pareil cas, un infarctus, un territoire en état de nécrose, un cœur frappé de coronarite. La lésion artérielle est le *primum movens*. A l'autopsie, on trouve du sang dans le péricarde, pas en grande quantité, toutefois. La mort n'a pas lieu par hémorragie. Le sang s'épanche dans le péricarde, d'où il agit par compression sur le cœur. Quand vous avez ouvert et nettoyé le péricarde, vous voyez une ouverture sur le cœur, tantôt dans un infarctus rouge, ramolli, récent, tantôt dans une plaque jaunâtre d'infarctus ancien. Il semble que ces sujets devraient être des malades. Pas du tout. Il est presque de règle qu'ils aient été des cardiopathes latents. M. Robin a constaté que dans plus de la moitié des cas, ces individus étaient auparavant considérés comme en bonne santé apparente. Dans la rupture du cœur, la mort est foudroyante ou elle ne se produit qu'au bout d'un certain temps, avec des phénomènes cardiaques divers, douleurs, angine de poitrine, etc.

Les artères, lorsqu'elles sont malades, peuvent aussi se rompre. La rupture se fait quelquefois en dehors de tout anévrysme, et d'autres fois sur un sac anévrysmal. La rupture des artères sans anévrysme frappe principalement l'aorte, particulièrement l'aorte thoracique dans sa partie la plus rapprochée du cœur. L'artère ne se rompt jamais si elle est saine, mais une légère altération suffit parfois ; le vaisseau peut n'offrir même qu'une seule plaque d'athérome, la rupture se produisant sur cette plaque. On conçoit que dans ces conditions, la lésion artérielle puisse rester absolument latente pendant la vie.

Considérons la mort subite dans la rupture d'anévrysme. Mais, direz-vous, les gens qui sont porteurs d'anévrysmes sont des malades ; ils ont, de leur vivant, recours aux soins et examens médicaux. C'est exact pour tout un groupe de patients. Toutefois, sachez-le, à côté de la pathologie d'hôpital et de clientèle, il existe toute une *pathologie latente* qui se révèle au médecin légiste seulement. Ainsi, bien des sujets qui meu-

rent subitement par rupture d'anévrysme,ne se sont jamais plaints pendant la vie. A l'Institut Hoffmann, à Vienne, où un grand nombre d'autopsies ont pu être faites, on a vu fréquemment de ces anévrysmes restés latents qui avaient la grosseur d'un œuf, du poing, même d'une tête d'enfant. Vous entrevoyez là une pathologie un peu particulière. Quand on s'enquiert de la santé antérieure de ces sujets, on apprend qu'ils se « portaient bien. » Ils supportaient des lésions avancées beaucoup mieux qu'on ne se l'imaginerait. La rupture se produit souvent sous l'influence d'une cause occasionnelle, effort, colère, etc.

J'arrive, maintenant, au deuxième groupe de cas, celui où l'on rencontre des lésions chroniques cardio-vasculaires sans épisode aigu surajouté. Ce groupe est, de beaucoup, le plus important. Quelles sont les lésions constatées en pareille circonstance ? Je vais en emprunter le résumé à un auteur allemand, Lesser, qui a réuni toutes les observations qu'il a pu trouver de mort subite par maladie chronique cardio-vasculaire. Lesser a fait observer qu'ordinairement les lésions étaient combinées, bien que, quelquefois, elles aient été trouvées isolées. Il a noté, sur un relevé de 71 cas, 24 fois des lésions isolées, à savoir :

6 fois, des affections valvulaires ;
1 fois, la surcharge graisseuse ;
4 fois, l'endartérite des coronaires ou de l'aorte ;
3 fois, l'étroitesse ou la dilatation aortique ;
10 fois, l'hypertrophie cardiaque avec petit rein.

Dans les autres cas, les plus nombreux, les lésions étaient combinées, deux, trois et plus ensemble. Le *primum movens* de tout, d'ailleurs, est la lésion artérielle, l'artérite et la coronarite. Quand vous ferez de ces autopsies, recherchez toujours l'état des coronaires. La coronarite peut entraîner la mort, par syncope et par angine de poitrine.

Parmi les affections de l'aorte, l'une d'entre elles a attiré plus spécialement l'attention, comme cause de mort subite : c'est l'insuffisance aortique. C'est là une donnée classique qui fut établie par un grand nombre d'auteurs, Aran, Mauriac, etc. Il s'est fait, il est vrai, une réaction, quand on remarqua que l'insuffisance aortique ne se trouvait, alors, presque jamais à l'état isolé. On a estimé que la mort relevait de la maladie de l'aorte considérée dans son ensemble. Cette manière de voir n'est pas exacte. On connaît aujourdhui des cas (les ruptures de valvules sigmoïdes) où il y a insuffisance aortique pure. Eh bien ! la mort subite est commune dans ces cas. Donc, le seul fait de l'insuffisance aortique expose à la mort subite.

Vous voyez qu'en somme, dans la mort subite par lésions de l'appareil cardio-vasculaire,il s'agit presque toujours d'affections anciennes des coronaires et de l'aorte.

Passons à la mort subite par lésions de l'appareil pleuro-pulmonaire. Les principales maladies des voies respiratoires où l'on rencontre la mort subite sont : la pneumonie aiguë, l'œdème pulmonaire et l'embolie pulmonaire.

Quelquefois, la pneumonie aiguë ne présente qu'une seule manifestation : la mort subite. C'est chez les vieillards, habituellement, où la maladie demeure ainsi latente et a cette terminaison. On voit des vieillards qui se lèvent, vont et viennent ne se plaignant de rien, se sentir souffrants à un moment donné, se pencher sur leur lit, et expirer. A l'autopsie, on trouve une pneumonie aiguë à un stade variable d'hépatisation. Le même accident s'observe aussi chez les alcooliques, les aliénés, et même chez des individus jeunes. On constate parfois des choses plus extraordinaires : une pneumococcie étendue latente. En voici une observation qui m'est personnelle. Un jour, un homme jeune, en traversant une rue, passe devant une voiture et s'affaisse : il était mort. Le cocher de la voiture ayant été accusé d'avoir blessé mortellement cet homme, le corps est conduit à la Morgue et l'autopsie m'est confiée. A l'examen, je ne constatai aucune lésion traumatique, mais je trouvai une pneumonie double, une endocardite et une méningite de la convexité. Voilà donc un sujet qui se rendait à pied à son travail, porteur de telles lésions, et qui en meurt subitement dans la rue. Vous retrouvez bien là cette pathologie spéciale, latente, du médecin légiste, dont je vous ai parlé.

Deuxième affection pulmonaire cause de mort subite : l'œdème pulmonaire. Il faut entendre, par là, l'œdème des cardio-rénaux. Vous en avez tous vu à l'hôpital, et vous l'avez combattu par la saignée. Eh bien, parfois, chez un cardio-rénal latent, l'œdème pulmonaire se déclare subitement et tue à la première attaque. Vous regardez le cadavre, et vous avez déjà comme témoignage la présence de bulles fines au niveau des lèvres. A l'autopsie, toutes les voies respiratoires sont remplies d'écume.

Troisième affection pulmonaire, cause de mort subite : l'embolie pulmonaire. Elle a toujours pour point de départ une veine, une varice du membre inférieur. A l'autopsie, vous trouvez dans l'artère pulmonaire ou une de ses branches une petite masse qui est le caillot embolique. C'est un caillot sec, rugueux, friable, qui reproduit le moule du vaisseau. Il ne faut pas s'y tromper. Il existe dans l'artère pulmonaire, sur le cadavre, des caillots agoniques. Si vous n'y prenez garde, vous risquez de dire que tous les sujets que vous autopsiez ont succombé à l'embolie

pulmonaire. Les coagulations post-mortem, les caillots agoniques sont rouges, mous, ramifiés, sans adhérence aux parois. Le caillot embolique est différent. Vous rechercherez la veine dont est parti le caillot, fémorale, saphène, poplitée, veine du bassin, et vous aurez des chances de rencontrer le thrombus décapité.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Coma diabétique guéri par les alcalins à haute dose, — Botriocéphalose observée en France. — Traitement du vertige de Ménière par la fibrolysine. — La constante uréo-sécrétoire d'Ambard. — Réactions humorales dans le tabès et la paralysie générale. — Intra-dermo-réaction à la luétine. — Un cas de pneumonie totale. — Craniectomie décompressive pour méningite séreuse. — Diagnostic de la dilatation de l'estomac. — Un cas de côtes cervicales. — Sérothérapie massive du tétanos. — Traitement de la paralysie générale par injections intra-rachidiennes de salvarsan.

MM. Marcel LABBÉ et Henri AIMÉ rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *coma diabétique guéri par les alcalins à haute dose.*

Les cas de coma diabétique terminés par la guérison sont très rares, si l'on envisage surtout le coma confirmé. A ce point de vue, l'observation de MM. Labbé et Aimé est intéressante. Elle concerne un homme de 35 ans, atteint de diabète grave avec dénutrition, chez lequel survint un coma acidosique type. Le coma guérit sous l'influence d'une médication alcaline qui fut énergique, massive et prolongée. Pendant les trois premiers jours, le malade absorba 127, 198 et 143 grammes de bicarbonate de soude, par voie intra-veineuse et par voie gastrique ; puis, il continua à prendre, pendant les dix jours suivants, une moyenne de 68 gr. de bicarbonate de soude.

M. Labbé estime que de très hautes doses de sel alcalin sont nécessaires pour espérer un succès. Il faut imposer le traitement avec autorité, car il est pénible. Les injections intra-veineuses sont souvent difficiles à faire chez les sujets adipeux ou indociles. L'ingestion de bicarbonate de soude, d'autre part, provoque à ces doses, du dégoût, du météorisme abdominal, de la diarrhée. Le séjour dans une maison de santé permet mieux l'application complète du traitement

— M. RAILLIET (de Reims) relate à la *Société médicale des hôpiaux* un cas de *botriocéphalose observé en France.*

Le botriocéphale est un helminthe dont l'homme peut s'infester en mangeant certains poissons. On rencontre la botriocéphalose sur les bords de la Baltique et en Suisse, mais elle est très rare en France. M. Railliet en signale une observation chez une femme n'ayant jamais habité que le nord-est de la France et les environs de Paris.

— M. Bensaude présente à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de M. F. SOCA, (de Montévidéo) intitulé : *Traitement du vertige de Ménière par la fibrolysine ou la thiosinamine antipyrinée.*

L'auteur a appliqué les injections de fibrolysine ou de thiosinamine antipyrinée au traitement du vertige de Ménière. Dans un grand nombre de cas, il en a obtenu d'excellents effets.

— M. L. AMBARD fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *la constante uréo-sécrétoire.*

La recherche de l'azotémie et celle de la constante uréo-sécrétoire sont, dit-il, des méthodes complémentaires. C'est surtout pour les azotémies inférieures à 1 gramme que la recherche de la constante s'impose, comme moyen de préciser la signification de l'azotémie.

M. AUBERTIN estime que la recherche de la constante d'Ambard, qui rend journellement des services aux chirurgiens avant la néphrectomie, est appelée également à rendre de grands services aux médecins désireux de déceler une insuffisance rénale latente. Elle peut servir à dépister un trouble important du fonctionnement rénal chez les sujets qui n'ont ni œdèmes, ni albuminurie, ni hyperazotémie.

— MM. SICARD et REILLY présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur *les réactions humorales dans le tabes et la paralysie générale.*

Les nouvelles méthodes thérapeutiques employées contre le tabes et la paralysie générale ont donné déjà quelques résultats. Les grands ataxiques sont aujourd'hui beaucoup plus rares qu'autrefois. De même on constate, au cours de la paralysie générale, des rémissions plus nombreuses et plus longues.

La confiance pronostique pourrait être plus grande si la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien obéissait au traitement ; malheureusement il n'en est rien. La réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux paraît irréductible. Si bien que l'on peut infirmer le diagnostic de paralysie générale chez tout sujet soupçonné d'en être atteint, et dont le Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négatif. M. Sicard a vu le Wassermann du sérum sanguin devenir négatif dans le tiers des cas, après traitement intensif. Le Wassermann du liquide céphalo-rachidien restait malgré cela positif.

MM. JEANSELME, VERNES et BLOCH confirment ces données.

Ces auteurs ont toujours observé chez les paralytiques généraux une réaction de Wassermann positive au plus haut point dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; chez les tabétiques, la même constance du Wassermann positif dans le liquide céphalo-

rachidien, et une réaction positive inconstante dans le sang.

M. Sicard a vu quelquefois un Wassermann négatif dans le liquide céphalo-rachidien chez des tabétiques, mais jamais dans la paralysie générale.

— MM. Lagane et Broughton-Alcock lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur l'*intra-dermo-réaction à la luétine.*

Les auteurs apportent les résultats de 50 intra-dermo-réactions à la luétine pratiquées suivant la technique de Noguchi, en injectant dans le derme et aussi superficiellement que possible, à l'aide d'une seringue divisée en centièmes de centim. cube, 7 centièmes de cent. cube de luétine.

A la suite de l'injection, les jours suivants, on observe généralement au niveau de la zone injectée, une rougeur et une induration papuleuse qui persistent de quatre à sept jours. Puis, ces réactions initiales s'atténuent et tout est fini (réaction négative). D'autres fois (réactions positives),à l'atténuation succède, vers le huitième jour, une papule dont le sommet devient pustuleux. Dans d'autres cas, enfin, la réaction manque de netteté et il est difficile de dire si elle est positive ou négative.

Les résultats des intra-dermo-réactions à la luétine ont suivi assez exactement les résultats de la réaction de Wassermann, toutes les fois où il y avait des lésions primaires, secondaires ou tertiaires. Mais chez un certain nombre de témoins, présumés non syphilitiques, la luétine-réaction s'est montrée également positive : il s'agissait d'un trypanosomiasique, d'un scarlatineux, d'une syringomyélique, d'une femme atteinte de blennorragie.

Ces conclusions, on le voit, appellent des recherches plus étendues.

— MM. Ménétrier et Avezou rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *pneumonie totale.*

La pneumonie entraîne la mort de manières diverses, par intoxication, infection, par suppuration des lésions, par insuffisance cardiaque, complications pleurales, etc. Dans le cas de MM. Ménétrier et Avezou, la mort fut due à un processus tout autre, à l'extension des lésions, qui envahirent la totalité des deux poumons, d'où asphyxie par annulation de la surface respiratoire. Chez ce malade, la pneumonie resta régulière, sans complications ni locales, ni générales. Il y eut seulement une extension progressive des lésions qui devinrent totales, sans suppuration.

La réaction de l'organisme n'a pas fait défaut, mais ce qui paraît avoir manqué, c'est le phénomène humoral de l'immunisation de l'organisme, par lequel se produit la fin de la maladie, jugée par la crise. Celle-ci a avorté et l'infection a continué sa marche.

— MM. Claude et Lejars relatent à la *Société médicale des hôpitaux* deux observations de *craniectomie décompressive pour méningite séreuse localisée.*

Les malades se présentaient avec des syndromes d'hypertension intra-cranienne, des céphalées violentes et des phénomènes de localisation à la région cérébelleuse et à la région protubérantielle. En raison de la progression des symptômes, l'intervention chirurgicale fut décidée, et M. Lejars pratiqua dans les deux cas une craniectomie pariéto-temporale. Les phénomènes morbides s'amendèrent rapidement à la suite de l'opération.

Le diagnostic de collection séreuse enkystée est celui qui paraît, ici, le plus vraisemblable à M. Claude, en raison de l'évolution heureuse des symptômes après la craniectomie décompressive. Dans les hypertensions par tumeur cérébrale,on n'obtient qu'une trêve de durée variable, la néoplasie persistant.

— M. Hayem présente à la *Société médicale des hôpitaux*, à propos d'un travail de M. Leven, quelques remarques sur le *diagnostic de la dilatation de l'estomac.*

Il faut distinguer, dit-il, la ptose de la dilatation de l'estomac. Pour trancher le diagnostic entre les deux affections, les moyens ordinaires d'exploration (percussion, recherche du clapotage et de la succussion) sont insuffisants. On doit faire appel à l'*insufflation stomacale*, méthode précieuse qu'on tend bien à tort à négliger aujourd'hui pour recourir d'une manière exclusive aux Rayons X. La radioscopie met certes en lumière la ptose gastrique, mais l'insufflation offre l'avantage de permettre au médecin de se rendre compte par lui-même de l'abaissement des deux courbures, sans le secours d'une installation spéciale.

— MM. Lesieur, Kocher et Milhaud rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un *cas de côtes cervicales.*

Les auteurs ont découvert, au cours d'une autopsie, chez une femme de soixante-quinze ans, la présence de côtes cervicales complètement développées. Cette femme ne s'était plainte que depuis deux ans de troubles attribuables à ces côtes cervicales.

MM. P. Marie, Crouzon et Châtelin qui ont étudié cette anomalie, lui attribuent une série de symptômes nerveux à allure extrêmement variée : troubles de la sensibilité à localisation imprécise, troubles musculaires et particulièrement atrophie des muscles de la main, modification du pouls, etc.

— MM. Castaigne, Touraine et Francon font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *sérothérapie massive du tétanos.*

La pratique des injections *massives* de sérum antitétanique semble devoir donner des résultats beaucoup plus sûrs que l'emploi des doses ordinaires et c'est de ce côté que se dirigent les recherches actuelles sur ce sujet. M. Castaigne relate une observation qui vient à l'appui de ces idées. Elle concerne une malade atteinte de tétanos grave et qui a guéri après avoir reçu la dose de 760 centimètres cubes de sérum par diverses voies

— MM. Auguste Marie et Levaditi font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur

✦✦✦

des *essais de traitement de la paralysie générale par injections intra-rachidiennes de néo-salvarsan.*

Dans l'espoir de donner à la médication spécifique une plus grande efficacité, MM. A. Marie et Levaditi ont tenté de traiter la paralysie générale par application directe du salvarsan dans le canal rachidien, en employant la méthode de thérapeutique intrarachidienne, inaugurée par M. Sicard en 1900. Ils ont ainsi injecté un, deux centigr., six centigr., en plusieurs fois, de salvarsan, directement dans le canal rachidien. Leurs essais ont porté sur 14 cas.

Le traitement a été supporté sans effets trop fâcheux, mais il ne paraît pas avoir exercé une influence nettement favorable sur l'évolution des signes physiques de la maladie. Seules, les fonctions psychiques ont été quelquefois améliorées. Cet insuccès relatif tient sans doute à ce que le médicament n'arrive pas jusqu'à la corticalité cérébrale, là où siègent les lésions.

M. Sicard emploie depuis assez longtemps, dans le traitement de la syphilis des centres nerveux, les injections sous-arachnoïdiennes de cyanure de mercure, à la dose de un à deux dixièmes de milligr. Les réactions consécutives, faibles chez les paralytiques généraux, sont souvent vives chez les tabétiques. Les résultats obtenus sont variables : nuls chez les paralytiques généraux, ils sont appréciables chez les tabétiques. M. Sicard a injecté également dans le canal rachidien, non plus du salvarsan, mais du sérum du malade, prélevé après injection intra-veineuse de salvarsan. Les résultats n'ont pas été supérieurs. D'ailleurs, l'auteur emploie cette méthode d'injections sous-arachnoïdiennes principalement pour troubler la perméabilité méningée ; il utilise en même temps le traitement général mercuriel ou arsenical, qui agirait mieux alors sur les méninges.

Pour M. Milian, la thérapeutique intra-rachidienne de la paralysie générale n'est pas justifiée. Le produit injecté ne peut remonter vers l'encéphale puisque la circulation du liquide céphalo-rachidien a lieu de haut en bas.

M. Ravaut a fait également des recherches sur le traitement de la syphilis nerveuse par les injections intra-rachidiennes de néo-salvarsan. Pour éviter les accidents et les réactions violentes signalées par Wechselmann et Marinesco avec les solutions aqueuses, il emploie des solutions concentrées hypertoniques qui sont bien supportées. Il injecte de une à quatre gouttes d'une solution dosée à 3 milligr. par goutte d'eau, en faisant le mélange du médicament et du liquide céphalo-rachidien dans la seringue. Les résultats ont été très appréciables et d'autant meilleurs que les lésions étaient plus récentes.

M. Sicard a été moins heureux que M. Ravaut dans ses essais de traitement sous-arachnoïdien par le néo-salvarsan. Il n'a pas persisté dans son emploi parce que ses recherches avec M. Bloch lui ont montré qu'après l'injection intra-veineuse de salvarsan, le médicament pénétrait dans le liquide céphalo-rachidien où on le retrouvait à l'analyse. Il semble que l'on n'en introduit pas beaucoup plus par voie directe. L'injection sous-arachnoïdienne peut être utile en troublant la perméabilité méningée et permettant un passage arsenical plus intensif.

P. L.

TRAITEMENTS D'URGENCE

L'asystolie.

L'asystolie ou insuffisance cardiaque est, d'après Vaquez, l'impossibilité, transitoire ou définitive où se trouve le cœur, de s'adapter aux besoins de la circulation.

Cette insuffisance peut se manifester toutes les fois que le myocarde faiblit, soit par suite d'efforts violents ou par la dégénérescence de sa fibre ; soit encore qu'il ne puisse surmonter un obstacle qui gêne la circulation sanguine.

Etiologie. — L'asystolie peut dans le premier cas être considérée comme directe, par altération fonctionnelle ou organique du myocarde comme cela se produit dans le surmenage cardiaque (cœur forcé des coureurs ou des boxeurs), les excès vénériens, l'alcoolisme, les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, variole, etc.). Teissier et Merklen ont décrit également une myocardite aiguë rhumatismale amenant rapidement une dilatation du cœur droit avec asystolie.

L'asystolie est de cause indirecte quand elle est provoquée par l'augmentation de la tension sanguine qui se produit toujours en amont d'un obstacle. Le cœur est obligé, dans ces conditions, de fournir un excès de travail qui se traduit par une hypertrophie et une dilatation de l'organe.

L'obstacle peut être représenté par une insuffisance ou un rétrécissement valvulaire et en particulier par l'insuffisance mitrale. Il peut être également d'ordre pulmonaire (bronchites capillaires, broncho-pneumonies, emphysème, etc.), d'ordre hépatique, rénal ou périphérique. Ces différentes causes provoquent une insuffisance cardiaque qui peut se trouver compensée pendant une durée très longue, puis sous l'influence d'une émotion, d'un écart de régime, d'un excès alimentaire ou vénérien, la crise se déclanche et l'accès apparaît.

Symptômes. — La crise d'asystolie aiguë peut être brusque, sans avertissement préalable. C'est le cas du cœur forcé des coureurs. Elle peut survenir de même au cours de la grippe ou des broncho-pneumonies, des excès. Le plus souvent, elle est progressive et consécutive à un mauvais état fonctionnel antérieur du cœur. Elle est précédée alors par une série de phénomènes spéciaux qui indiquent ce fonctionnement défectueux (œdèmes, congestions pulmonaires, lésions valvulaires, etc.).

Au moment où la crise éclate, le malade, s'il était couché, se relève péniblement et choisit la position la plus convenable à sa situation. Il s'assied sur le bord de son lit, les jambes pendantes, le corps penché en avant ; si la crise le surprend debout, il s'assied le corps toujours penché en avant.

La dyspnée est intense et chaque inspiration provoque un mouvement d'oscillation de haut en bas de la tête. Il y a polypnée douloureuse. La parole est brève et entrecoupée de gémissements. La face est pâle avec une teinte légèrement violacée du nez et des oreilles ; les mains et les pieds sont froids, violacés. Dans les crises plus graves, la cyanose est généralisée, les lèvres, les ongles et les extrémités des membres sont violacés et froids, une sueur abondante couvre la face et une grande partie du corps. Le pouls s'accélère, les urines diminuent et on constate de l'œdème des membres inférieurs.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont sourds, précipités, parfois à peine perceptibles. Les signes physiques des lésions valvulaires préexistantes ne sont plus que rarement perçus. Si l'insuffisance cardiaque s'aggrave, on voit apparaître l'œdème, le pouls veineux jugulaire et enfin les troubles cérébraux, caractérisés par de l'insomnie avec agitation, cauchemars, hallucinations, puis par de la torpeur suivie de coma. A ce moment se montre un rythme spécial de la respiration ou respiration de Cheyne-Stokes. Ce symptôme consiste en une série d'inspirations inégales, allant d'abord en s'accentuant en amplitude jusqu'à un maximum, puis diminuant dans les mêmes proportions jusqu'à l'arrêt complet de la respiration qui peut durer de dix à quarante secondes.

La forme que nous venons de décrire est celle que l'on rencontre plus spécialement dans les lésions mitrales.

Certains auteurs ont décrit une forme spéciale aux aortiques, ainsi que des formes hépatiques, pulmonaires ou rénales, suivant que les troubles circulatoires prédominent au niveau de ces viscères ou de l'aorte.

L'asystolie des aortiques se distingue de l'asystolie des mitraux : 1° par une angoisse précordiale très douloureuse ; 2° par des palpitations très intenses ; 3° par la pâleur de la face qui remplace la teinte violacée des mitraux ; 4° par les lipothymies, la syncope.

L'asystolie hépatique est caractérisée par une stase veineuse sus-hépatique provoquant de la congestion et de la cirrhose qui se traduisent par de la tuméfaction douloureuse du foie, des troubles digestifs et de l'ascite.

L'asystolie pulmonaire se traduit par une dyspnée intense, continue, causée par la stase et l'œdème du poumon avec toux fatigante et expectoration abondante. Parfois la scène se complique d'hémoptysies, d'infarctus pulmonaires et de crises aiguës d'œdème du poumon.

L'asystolie rénale, constituée primitivement par de la congestion passive au niveau du rein, se traduit ultérieurement par une diminution considérable des urines, avec albumine et œdèmes par rétention chlorurée.

Traitement. — Quelle que soit l'origine étiologique de l'asystolie, deux indications impérieuses se présentent : 1° diminuer la résistance périphérique ; 2° augmenter l'énergie cardiaque.

Dans le premier cas, on pratiquera une saignée de 3 à 500 grammes, on instituera le repos complet au lit, la tête élevée et bien soutenue et le régime lacté absolu avec addition de lactose à la dose de 50 grammes par litre.

On donnera un à deux litres par jour de lait cuit ou cru, chaud ou froid, additionné ou non d'un peu de thé, de café, d'eau de fleurs d'oranger, etc. Si la saignée ne peut être pratiquée, on appliquera à la région précordiale, au point le plus douloureux, deux sangsues ou bien des ventouses sèches. Si le foie est volumineux ou douloureux, on pourra opérer de même au niveau de cet organe, on usera également de ventouses sèches en arrière du thorax, et s'il y a lieu, de ventouses scarifiées au niveau des bases. Si les accidents ne sont pas immédiatement menaçants, on prescrira un purgatif drastique qui décongestionnera les viscères abdominaux.

On prescrira :

Eau-de-vie allemande........... } āā 15 à 20 gr
Sirop de nerprun............... }
A prendre dans une tasse de thé léger.

Ou bien :

Calomel à la vapeur............ } āā 0 gr. 30
Scammonée.................... }

Si le taux des urines est trop bas, on s'adressera aux diurétiques, mais ici il est bon de faire son choix, car il faut en même temps utiliser un médicament qui puisse augmenter rapidement l'énergie cardiaque.

Le premier auquel on s'adressera sera la digitale, mais il ne faut la donner qu'après avoir rempli la première indication, qui est de diminuer la résistance périphérique.

Comment donner la digitale ?

Si la crise est grave et qu'il faille agir vite, on doit s'adresser à la solution de digitaline cristallisée de Nativelle au millième, qui a l'avantage de pouvoir être exactement dosée comme principe actif, tandis que la plante elle-même présente des variations très considérables suivant les conditions de culture et de conservation.

Huchard conseille de donner d'emblée cinquante gouttes de cette solution qui correspond à un milligr. de digitaline. Il prescrit la potion suivante :

Solution de digitaline crist. au millième........	**L gouttes.**
Sirop d'éther..........	**20 gr.**
Julep gommeux..........	**100 gr.**

Hirtz conseille de donner la même dose de digitaline mais en la fractionnant et en donnant :

Le 1er jour	XXV gouttes
Le 2e jour	XV gouttes
Le 3e jour	X gouttes

dans une potion analogue à la précédente en faisant remarquer que l'action de cet admirable médicament se prolonge ainsi plus longtemps et donne des résultats plus réguliers.

Si la crise se calme, on laisse pendant une dizaine de jours le malade au repos et au régime lacté sans médicaments, en calmant seulement la dyspnée à l'aide de ventouses sèches appliquées tous les jours ou tous les deux jours. Au bout de dix jours, Huchard donne une nouvelle dose de digitaline en considérant que la première dose agit principalement comme diurétique et la seconde comme toni-cardiaque. Cette nouvelle dose n'est donnée que si les battements du cœur restent rapides et mal frappés, si le pouls ne se ralentit pas, ne se renforce pas.

Si l'on ne juge pas cette seconde dose nécessaire, on prolongera l'action diurétique de la digitale par l'emploi de la théobromine à la dose de 0 gr. 50 trois fois par jour pendant deux ou trois semaines.

Si la théobromine ne donne pas de résultats satisfaisants, on usera de diurétiques tels que le vin diurétique amer de la Charité dont je rappelle la formule :

Racines d'asclépiade	āā 15 gr.
— d'angélique	
Squames de scille	
Quinquina gris	āā 60 gr.
Écorce de Winter	
Feuilles d'absinthe	āā 30 gr.
— de mélisse	
Baies de genièvre	āā 15 gr.
Maïs	
Écorce fraîche de citron	30 gr.
Alcool à 60°	290 gr.
Vin blanc	quatre litres

(Codex.)

Il ne faut pas le confondre avec le vin de Trousseau ou de l'Hôtel-Dieu dont la formule est la suivante :

Feuilles de digitale	5 gr.
Squames de scille	7 gr. 50
Baies de genièvre	75 gr.
Acétate de potasse	50 gr.
Alcool à 90°	100 gr.
Vin blanc	900 gr.

Le premier ne renferme pas de digitale, tandis que le second en contient.

La saignée ayant été pratiquée et la digitaline donnée suivant l'une des deux méthodes indiquées, si la crise est et demeure grave, que peut-on faire encore pour soulager le malade ?

On soutiendra l'énergie cardiaque à l'aide des injections sous-cutanées d'huile camphrée au 1/10 ou même au 1/20 s'il s'agit d'un enfant ; on injectera un cent. cube de cette solution toutes les quatre ou cinq heures et on injectera en outre, s'il y a urgence, 0 gr. 25 de caféine en solution en ampoules stérilisées de un cent. cube, ou bien 0 gr. 05 de sulfate de spartéine.

Si la dyspnée est par trop intense et ne cède pas aux moyens que nous venons d'énumérer et si la sensation d'angoisse est par trop douloureuse, on peut user prudemment et modérément de la morphine, soit en injections hypodermiques, soit par la voie digestive en donnant 4 à 5 cuillerées à café du mélange suivant par jour :

Sirop de morphine	āā 100 gr.
— d'éther	

Bien entendu, il en faut réserver l'emploi aux cas à phénomènes douloureux très accusés et à insomnie rebelle, chez les aortiques de préférence et n'en répéter les injections qu'à intervalles assez éloignés pour ne pas craindre l'accoutumance qui aurait ici des effets désastreux.

On évitera l'usage du chloral.

La crise terminée, le malade sera laissé au repos complet pendant des semaines, et il devra prendre périodiquement, tous les mois et plus, s'il est nécessaire, de la digitale, soit sous forme de granules au 1/10 de milligr., un le soir pendant cinq jours consécutifs, soit sous forme de pilules :

Poudre de digitale	āā 0 gr. 05
— de scille	
— de scammonée	

pour une pilule N° 20, trois par jour.

Le malade devra se peser souvent et exactement de façon à dépister les préœdèmes. Si les œdèmes existent et persistent, on instituera le régime déchloruré en surveillant l'élimination des chlorures.

Les cures thermales qui comportent des bains carbo-gazeux seront conseillées (Royat, Néris, Salins-Moutiers).

Dr Delpeut.

BACTÉRIOLOGIE

Culture du gonocoque dans le sang circulant.

Le gonocoque, très difficile à cultiver, offre dans sa culture des difficultés particulières, lorsqu'on part du sang des malades. Cependant Rey (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, juillet 1912) estime, d'après ses recherches personnelles, que l'*urine peptonée* est un excellent milieu de culture pour le gonocoque, surtout lorsqu'il est recherché dans le sang circulant. Il est avantageux d'employer l'urine acide, plutôt que neutre ou alcaline, et la proportion de peptone favorable est de 1 p. 100. Ce milieu est facile à préparer, et il offre l'avantage de pouvoir être utilisé en petite quantité, il n'exige qu'une prise de sang peu abondante. Par ce procédé, l'auteur a toujours obtenu ainsi des formes bien définies, en grains de café, sans qu'il fut nécessaire de réensemencer un autre milieu.

Ces constatations ont un grand intérêt au point de vue clinique. Si, en effet, *les manifestations secondaires de la blennorragie sont les conséquences d'une septicémie gonococcique*, la *culture du sang prend, dans certains cas, une grosse importance, d'autant que chez les*

sujets guéris, on n'a jamais trouvé le gonocoque dans le sang circulant. La culture peut donc affirmer un diagnostic étiologique resté douteux. Dans un cas, elle a pu faire porter le diagnostic d'endocardite gonococcique, chose importante, depuis que certains auteurs ont obtenu de bons effets de l'emploi du sérum de Wright. Dans d'autres circonstances, il fut possible, par cette hémoculture, de rapporter à leur cause véritable des arthrites, orchites, etc. d'origine indéterminée

Le diagnostic bactériologique du choléra.

Il résulte de l'expérience acquise au cours de l'épidémie de 1911 (Marseille), d'après Boinet et Teissonnière, que le procédé de choix pour l'isolement du vibrion cholérique et pour le diagnostic du choléra, consiste dans l'ensemencement en *eau peptonée* avec deux passages de trois en trois heures sur le même milieu, puis ensemencement sur le milieu de Dieudonné. L'*agglutination au* 1/2.000 permet l'identification du vibrion, isolé, en culture pure. L'ensemble de ces opérations demande au maximum 24 heures ; ce temps peut être diminué dans le cas de selles d'aspect typique, et riches en vibrions, à l'examen direct : on peut dans ce cas se contenter d'un seul passage en eau peptonée.

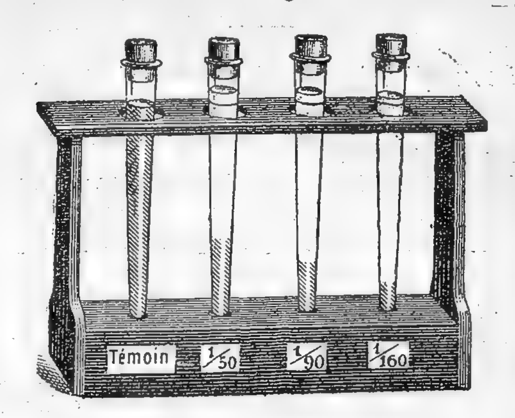
Séro-agglutinomètre pour le diagnostic microscopique de la fièvre typhoïde.

Ce procédé, employé depuis le mois de mai 1911 par Chantemesse et Rodriguez, permet au médecin praticien de faire tout seul, sans microscope et sans erreur possible, grâce à une émulsion titrée, le *séro-diagnostic de la fièvre typhoïde.*

A une émulsion titrée (un milliard de bacilles typhiques morts par cent. cube), que l'on verse dans des petits tubes, on ajoute des doses successivement décroissantes du sérum à examiner.

Un des tubes (n° 1) ne contient que l'émulsion pure de bacilles ; il reste témoin et montre l'état trouble normal, de la suspension. Les autres tubes n° 2, 3 et 4 renferment la même suspension de bacilles,et en plus une certaine gravité de sérum à examiner. Ces mélanges montrent à l'œil nu, de la manière la plus frappante, si l'agglutination des bacilles a été négative ou positive, et dans ce cas, la mensuration est établie par la dose minima de sérum qui a suffi pour produire l'apparition des grumeaux.

Technique (1). — Agiter fortement le flacon contenant l'émulsion microbienne pour la rendre homogène. Verser cette émulsion dans chacun des 4 tubes jusqu'au trait marquant un centimètre cube. Prendre avec la pipette calibrée de l'eau ordinaire et laisser tomber 7 gouttes dans le verre de montre ; ajouter à ces gouttes avec la même pipette une goutte du sérum à examiner et mélanger soigneusement. Chaque goutte de la dilution sanguine ainsi formée contiendra donc un huitième de goutte de sérum.



Typho-agglutinomètre microscopique.

Aspirer cette dilution sanguine avec la pipette et en verser quatre gouttes (soit une 1/2 goutte de sérum pur) dans le tube n° 2, en verser deux autres gouttes (soit un quart de goutte de sérum pur) dans le tube n° 3, et enfin une goutte (soit 1/8 de goutte de sérum pur) dans le tube n° 4.

La proportion de sérum dans ces trois tubes sera donc (en chiffres ronds) un cinquantième dans le tube n° 2, un quatre-vingt-dixième dans le tube n° 3, et un cent soixantième dans le tube n° 4.

Si les grumeaux d'agglutination apparaissent, ils seront reconnus à l'œil nu par comparaison avec le tube témoin.

Il n'y a que le sang de typhique qui, dans cette émulsion éberthienne, puisse produire des grumeaux. Ces manipulations, plus longues à décrire qu'à exécuter, se font en quelques minutes.

Quand le sérum est riche en agglutinine, la réaction positive apparaît entre quelques minutes et quelques heures. Un jour passé sans production de grumeaux, la réaction doit être considérée comme négative.

Au cas de réaction positive, le tube témoin restant toujours homogène, on constate dans les autres tubes la *présence de fins flocons et parfois de gros grumeaux, qui se forment, et tombent lentement par gravité.* La rapidité de la réaction et l'abondance du dépôt mesurent la puissance agglutinante du sérum. Les sérums agglutinant à un taux élevé, à 1/1000 par exemple, éclaircissent complètement le liquide de l'émulsion titrée. La durée de conservation de cette émulsion est très longue.

Pratiquement, le sang du malade est obtenu de la manière habituelle, par piqûre du doigt bien lavé à l'alcool, au moyen d'une lancette ou d'un vaccinostyle flambés légèrement ou par ventouse scarifiée. Il est recueilli dans un petit tube bouché au liège, jusqu'à séparation du caillot et du sérum.

En *variant la nature des émulsions microbiennes,* on peut pratiquer de la même façon le séro-diagnostic macroscopique et mensuratif *des fièvres paratyphoïdes*, de la *dysenterie*, du *choléra*, etc. Dr Fiser.

(1) D'après les *Tablettes médicales mobiles*,

LE LABORATOIRE ET LA CLINIQUE

Les applications pratiques du laboratoire à la clinique

Dans cette note, nous allons établir tout ce qui est nécessaire au praticien comme : ameublement, appareils accessoires, pour lui permettre l'exécution des principales analyses qu'il a en vue.

L'ameublement. — a) Une table de cuisine en bois blanc, ripolinée, fera parfaitement l'affaire. On aura soin de recouvrir la table, à l'endroit ou l'on pratique les colorations ou les cultures, d'une feuille à vitre en verre double (6 à 7 fr. le mètre carré) ou mieux d'une plaque d'opaline, plus belle, plus résistante, mais aussi plus coûteuse (40 francs le mètre carré). Un lavage à l'eau ou à l'alcool dénaturé permettra d'enlever très simplement les souillures, dues aux colorants renversés par mégarde. Cette table devra être placée devant une fenêtre, bien éclairée, orientée au nord, autant que possible, afin que l'examen microscopique ne soit jamais troublé par les rayons du soleil dardant sur le miroir du microscope ; ce qui aurait en outre l'inconvénient, par la chaleur développée, d'amener la fusion du baume de Canada servant à assembler les lentilles.

Coût de la table : 20 francs.

b) Une petite armoire destinée à mettre : les solutions colorantes, facilement décomposables par la lumière, les milieux de culture et quelques produits chimiques, qui craignent la lumière. On pourra prendre plus simplement une étagère de bibliothèque ; mais dans un cas comme dans l'autre, il sera nécessaire de poser à l'intérieur des panneaux vitrés des rideaux verts de satinette pour arrêter les rayons chimiques lumineux.

c) Une petite étagère formée de plusieurs planches parallèles (4 à 5). On aura soin de commander des étagères peu larges, afin d'éviter l'encombrement dû à l'entassement des flacons qui sont disposés sur plusieurs rangées.

Dimensions :

Longueur 1 m. à 1 m. 50.

Largeur : 0 m. 09.

Hauteur, séparant deux planches consécutives : 0 m. 20.

Ces dimensions n'ont évidemment rien d'absolu, tout dépendant de la place dont on dispose et du nombre de réactifs dont on peut avoir besoin. Une planche de cette étagère, recouverte d'une feuille de verre, sera spécialement affectée aux solutions acides et alcalines ; le suintement de ces récipients désorganiserait rapidement, en effet, le bois des planches. Coût de l'étagère : 10 francs.

Les appareils. — Le microscope viendra en première ligne. Nous ne saurions trop recommander de prendre une bonne marque. Le praticien n'aura que l'embarras du choix, entre : Zeiss, Leitz, Stiassnie, Nachet, pour ne citer que les principaux. Qu'il évite surtout de s'adresser aux lunettiers, qui fournissent des appareils aussi mal construits au point de vue statif que défavorables au point de vue de l'optique.

En ce qui concerne le statif, les maisons susnommées sont aussi bonnes les unes que les autres. Au point de vue optique, Zeiss est supérieur — en ce sens qu'il ne met en circulation que des objectifs absolument parfaits. Loin de nous cependant la pensée de dire que les autres maisons donnent des verres défectueux ; non, mais on y trouvera des séries meilleures que d'autres. On pourra donc prendre à Stiassnie ou à Nachet (maisons françaises) leur statif, et s'adresser à Zeiss, dont les prix sont beaucoup plus élevés à tous les points de vue, pour les combinaisons optiques, si l'on veut en toute confiance des verres de premier ordre. Mais on obtiendra aussi pleine satisfaction, et ce, plus économiquement, en demandant aux autres constructeurs plusieurs objectifs et observant des tests bien déterminés. On choisira parmi les objectifs forts (6, 7, immersion) ceux qui possèdent le meilleur pouvoir résolvant ; c'est-à-dire ceux qui permettront de mettre en évidence avec le plus de netteté les détails des fines structures. Cette précaution est rigoureusement indispensable pour l'objectif à immersion. On utilisera comme tests : les diatomées, et au point de vue clinique une préparation de pus hémorrhagique (les deux granulations du diplocoque devront être nettement séparées), une préparation de crachat tuberculeux (vérification des espaces clairs à l'intérieur du bacille). Pour les objectifs plus faibles (de 1-5) on s'attachera surtout à obtenir un bon pouvoir définissant.

Le praticien trouvera d'ailleurs dans les catalogues des maisons une ample moisson de renseignements. Nous lui conseillons, en outre, très vivement la lecture du Précis de microscopie de Langeren, qui le guidera si sûrement sur la manière d'apprécier les qualités d'un bon microscope ; il y trouvera, de plus, d'excellents conseils de technique microscopique. Enfin, en dernier ressort, nous nous mettons à la disposition du médecin praticien pour tous les renseignements dont il pourra avoir besoin sur l'achat des appareils, l'installation d'un petit laboratoire, la technique analytique, l'interprétation des résultats.

Pour en revenir à notre microscope, quel modèle devra-t-on adopter ?

Pour les besoins de l'histologie, de la cytologie et de la bactériologie, le modèle suivant convient parfaitement ;

Statif, moyen modèle à platine tournante, avec vis de rappel, éclairage d'Abbe et diaphragme iris. 160
Revolver pour 3 objectifs 30
Deux oculaires de Huygens II et IV.. 12
Un objectif 3 20
Un objectif 7 40
Un objectif à immersion homogène au 1/15 à huile de cèdre 150
412

Ces combinaisons optiques permettront ainsi de réaliser tous des grossissements depuis 80 jusqu'à 1400 diamètres environ.

Devis approximatif du Laboratoire du Praticien.

Ameublement :

Table spéciale	20	»
Etagère	10	»

Matériel microbiologique :

Microscope complet	412	fr.
Une platine chauffante Malassez	15	»
Un fil de platine à ensemencement	2	30
Un fil de platine à boucle	2	50
100 lames 1/2 glace à bords non rodés 76 × 26	2	»
50 lames 1/2 glace à bords rodés hématologie)	3	»
100 lamelles couvre-objet carrées de 20 mm.	2	»
1 bec de Bunsen (ou une lampe à alcool)	2	50
100 tubes à essais de 15 cm.	6	»
Une petite étuve à gaz chauffant à 37° avec régulateur de Roux (ou une étuve à pétrole de Cogit)	85	»
Une cuve en porcelaine pour fixation.	2	»
Une cuve en verre avec couvercle pour coloration	2	»

Milieux de culture (1) :

6 tubes de sérum coagulé pour diphtérie		
6 tubes de gélo-maltose de Sabouraud		
6 tubes de gélose-sang de Bezançon		
6 tubes de gélose ordinaire		
6 tubes de gélatine		
6 tubes de bouillon normal environ	25	»
	591	50

Tous ces milieux seront pris en tubes scellés afin d'éviter les inconvénients (moisissures et dessiccation qui ont si souvent lieu avec les tubes de culture bouchés au coton).

Colorants :

30 gr. solution de Giemsa Grübler	1	50
50 gr. Bleu polychrome Grübler	1	50
30 gr. hématéine alunée Grübler	1	30

On pourra préparer soi-même des solutions à l'aide des colorants purs suivants :

15 gr. Crystall violet Grübler	2	30
15 gr. Fuchsine pour Ziehl. Grubler.	1	60
10 gr. Eosine Grübler	1	50
10 gr. bleu de méthylène Grübler	1	60

Nous recommandons vivement l'usage des colorants purs de Grübler et de leurs solutions colorantes, qui donnent toujours toute satisfaction.

Analyses chimiques :

Un certain nombre de réactions chimiques sont pratiquement à la portée du médecin praticien ; telles sont les recherches des albumines urinaires, du glucose, des chlorures et leur dosage, de l'indoxyle ; de l'albumino-réaction ; de la réaction de Rivalta, de Moritz-Weitz, ce qui exige en somme un matériel très restreint.

Un petit trébuchet sensible à 5 mmg. pesant 100 avec une série de poids	33	»
6 entonnoirs d'analyse de 25 à 30	1	50
2 entonnoirs de 250	0	50
810 flacons compte-gouttes de 30 gr	4	»
1 mortier en verre avec son pilon	1	50
1 boîte de Petri de 6 cm de diamètre	1	»
1 pissette à eau distillée de 1 litre	1	50
2 fioles Erlenmeyer de 125 cc.	0	80
2 verres de Bohême de 150 cc.	1	»
1 densimètre pour urine	2	»
1 thermomètre de 10 à 110	3	»
2 capsules de porcelaine de 250 cmc. à fond rond à bec	2	»
1 centrifugeuse à main pour sédiment urinaire et pour la cytologie	40	»
1 support pour tubes à essais de 12 tubes	2	»
1 support pour tubes à essais de 6 tubes	1	25
Une pipette à 2 traits de 10 cc.	1	25
Une burette de Gay-Lussac de 30 cc.	3	75
Une éprouvette de 10 cc. en 1/10 de cc.	1	50
Une éprouvette de 30 cc. en 1/2 cc	1	75
Une éprouvette de 1000 cc. par 10 cc.	3	»
Une fiole à fond plat de 100 cc	1	»
Une uréomètre de Neveu	6	»
2 vases à précipités de 250	0	50
2 vases à précipités de 100	0	40
3 verres à pied de 125	1	05
3 verres à pied de 45	0	75
Quelques agitateurs	0	50

(1) On aurait avantage à fabriquer soi-même ses substrata au point de vue économique ; pratiquement, cela nécessite une autoclave, exige beaucoup de temps, une certaine habitude. Quelques milieux ne peuvent d'ailleurs être préparés que dans des laboratoires spécialement agencés : tels sont le sérum coagulé, la gélose-sang.

2 entonnoirs de 125 cc.	1	50
Filtres blancs, un paquet pour entonnoirs de 30, de 100, de 250	3	70
Produits chimiques divers :		
Les produits chimiques nécessaires se trouveront chez tous les pharmaciens à des conditions très avantageuses ; nous les indiquerons au moment du besoin ; il n'y a d'ailleurs de ce côté qu'un débours très faible ne dépassant pas 15 à 20 franc	20	»
Manuels utiles :		
Guiart et Grimbert. Précis de diagnostic.	14	25
Langeron, Précis de microscopie	9	50
	767	20

Ainsi donc pour 800 francs en moyenne, en comptant largement quelques oublis, le praticien pourra monter un petit laboratoire suffisamment outillé pour répondre aux principaux besoins immédiats de la clinique. Nous ferons remarquer que ce prix comprend le microscope qui entre pour la plus grande part dans la constitution de ce devis.

Si, examinant la question au point de vue financier, nous ne tenons pas compte de la première mise de fonds nécessaire, nous voyons que l'immobilisation du petit capital engagé (à 5 %) et son amortissement (à 8 %) occasionneront au praticien une dépense annuelle de 100 fr. environ. Mais c'est là une dépense productive, car il ne lui sera pas difficile de « charger » son malade de 3, 4, 5 francs supplémentaires ou davantage, suivant l'analyse effectuée et la situation ou la mentalité de son client ; question de savoir-faire ! N'oublions pas non plus le facteur moral, impondérable, qui se traduit, dans l'esprit simpliste du malade, par : « Quel bon médecin que le Dr X. ! Il a examiné mon sang et mes urines ! » N'oublions pas qu'en médecine, la publicité sera toujours interhumaine ! Nous pensons qu'un médecin qui grèverait son budget de 100 francs par an pour sa publicité personnelle, ne ferait encore qu'un débours bien minime, eu égard aux avantages moraux et pécuniaires, immédiats et lointains, qu'il pourra en retirer.

Les questions superficielles, en apparence, ont parfois des attaches profondes qu'il importe de savoir reconnaître es envisager.

H. PÉNAU,
Docteur ès sciences.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

... L'obsession de la simulation.

Un cas de « maladie du caisson » à la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie.

Chez certains médecins, la crainte d'être mystifiés par un simulateur devient une véritable phobie. Cette idée obsédante ne nous préoccuperait pas davantage, car il est permis à chacun de nous de juger les choses plus ou moins sainement et de se laisser aller à une douce manie, si elle n'était de temps à autre la cause d'un déni de justice et ne compromettait pas la santé ou l'avenir d'un malade ou d'un blessé.

Nous pourrions en donner quelques exemples de cette phobie que nous avons personnellement observés.

Un jour, par exemple, nous reçûmes à notre consultation la visite d'un jeune homme, à nous adressé par son patron, un industriel de notre quartier. Il avait été blessé au pied, et sur les indications de l'assurance, s'était fait soigner par un confrère prétendu indépendant. Le confrère en question renvoyait au médecin de l'assurance le blessé en cause avec un pli cacheté, que ce dernier avait eu l'indiscrétion d'ouvrir et de lire sur le conseil de son patron. Dans ce pli, le médecin traitant affirmait que le malade était un simulateur.

Nous fîmes radiographier le blessé qui allait partir sous peu pour le service militaire, or la radiographie nous permit de constater la fracture d'un métatarsien, non consolidée. Nous laissons à nos lecteurs le soin de qualifier la conduite de ce *médecin traitant*.

Ces faits sont plus fréquents qu'on ne le pense. En voici un nouvel exemple publié dans la *Revue de psychothérapie* de nov. 1913. Il s'agit d'un cas de « maladie du caisson » présenté, le 18 nov. 1913, à la *Société de psychothérapie*, par le Dr Bérillon et M. H. Gosset.

Le blessé V.., que nous vous présentons, est âgé de 23 ans. Il était ouvrier terrassier dans les chantiers du Métropolitain.

Le 23 mai 1911, alors qu'il travaillait dans un caisson, et se trouvait par conséquent sous l'influence de l'air comprimé, il ressentit une secousse brusque avec sensation d'étreinte et douleur vive au niveau du genou. Presque immédiatement, il se trouve dans l'impossibilité de marcher.

Le blessé fut successivement examiné par le médecin de l'assurance, par le Dr C... puis par le Dr S... médecin expert. Ils diagnostiquèrent une impotence fonctionnelle de nature hystéro-traumatique.

Peu de temps après, le blessé, appelé à faire son service militaire, y resta vingt-et-un mois, passa la

plus grande partie de son temps d'abord à l'hôpital de Limoges, puis au Val-de-Grâce. Il quitta les hôpitaux militaires, sans avoir obtenu la moindre amélioration dans le fonctionnement de sa jambe.

Il fut traité ensuite par le Dr Gambier qui constata un affaiblissement fonctionnel mettant le malade dans l'impossibilité de marcher.

Enfin, le Dr J. nous envoie le malade le 30 juillet 1913.

A cette époque nous faisons les constatations suivantes :

Pour le membre inférieur droit.

1° Les réflexes rotuliens sont très atténués ;

2° Les réflexes gastro-cnémiens sont faibles ;

3° Le membre inférieur droit est absolument inerte, il retombe mollement quand on le soulève ;

4° L'atrophie musculaire du même membre est très accentuée ;

5° La pointe du pied droit est entièrement tournée vers la face interne du pied gauche ;

6° Le malade ne peut se mouvoir sans l'aide de deux béquilles ;

7° Il traîne la jambe droite derrière lui et, s'il veut la déplacer dans la station assise, il la prend avec les deux mains.

Pour le membre inférieur gauche.

Le membre inférieur gauche ne présente aucune atrophie. Les réflexes sont normaux.

De l'ensemble des symptômes nous concluons à une paralysie fonctionnelle consécutive à :

a) Une compression ou une décompression brusque de l'air du caisson ayant probablement entraîné une hémorragie capillaire ;

b) Un arrêt fonctionnel absolu depuis le jour de l'accident ;

c) Une inhibition réflexe des centres moteurs ;

d) Une aggravation de l'impotence fonctionnelle et de l'atrophie par défaut de tout traitement rééducatif.

Le traitement par la rééducation psycho-motrice est formellement indiqué. Il est appliqué dans les conditions suvantes :

1° On démontre au blessé que son intérêt véritable est de se soumettre à un traitement rigoureux ; l'attente du résultat d'un procès mal engagé ne pouvant que constituer pour lui un état défavorable à son avenir. Il déclare y être disposé et nous fait observer qu'on ne lui a jamais proposé de lui donner des soins, attendu qu'on le considérait comme un simulateur.

2° L'attention du malade est dirigée vers le membre inférieur malade et à l'aide d'exercices de mécanothérapie nous lui faisons exécuter des mouvements passifs de flexion et extension de la jambe droite ;

3° Le blessé arrive à exécuter des mouvements de plus en plus compliqués en s'aidant des bras ;

4° A chaque séance le malade est soumis au massage vibratoire profond.

Ces soins lui sont donnés régulièrement trois fois par semaine.

Nous tenons à signaler ce dernier point, car d'ordinaire, il est rare de voir des simulateurs se *soumettre* à un traitement régulier et prolongé.

V.. fait en outre, chez lui, des exercices analogues à ceux qu'il exécute sous notre direction.

Selon les principes que nous avons maintes fois exposés, ces exercices sont très simples. Ils correspondent aux mouvements de la marche décomposée. *Des instructions particulières sont renouvelées chaque fois en ce qui concerne la fixation de l'attention volontaire sur les muscles en mouvement.* Cette opération psycho-mécanique est, selon nous, la base de toute rééducation motrice.

Dès les premières semaines le blessé déclare que sa jambe lui paraît moins lourde à traîner.

Après deux mois de traitement quelques mouvements sont possibles.

Au moment où nous le présentons à la société le malade peut marcher seul sans béquilles.

Conclusions : *a*) L'inhibition des centres moteurs chez ce malade a été consécutive à un choc résultant de la décompression dans l'air comprimé.

Le résultat du traitement démontre que cette paralysie peut être traitée efficacement par la rééducation psycho-motrice.

b) La paralysie ne semble pas, comme dans d'autres cas, tendre naturellement vers la guérison. Elle paraît au contraire s'accentuer à mesure que l'on s'éloigne de l'accident.

L'aggravation de l'état de V. peut être attribuée au fait d'avoir, dès le début, été considéré comme un simulateur. A cause de cela, il a été abandonné à lui-même, tant dans les hôpitaux militaires que dans les hôpitaux civils. Les paralysies motrices et les troubles nerveux consécutifs à la compression de l'air et à la décompression dans les caissons qui permettent de travailler sous l'eau et qui ont été désignés sous le nom de *maladie du caisson* constituent un état pathologique nettement déterminé. Les ennuis éprouvés par V... ont été surtout occasionnés parce que sa paralysie est survenue avant les communications sur la maladie du caisson faites au récent Congrès de Londres. S'il en avait été atteint depuis, au lieu d'être considéré comme un simulateur, il eût été l'objet d'observations suivies et eût bénéficié d'un traitement efficace. Il a eu le tort d'être blessé un an trop tôt. Espérons que notre traitement psycho-mécanique lui permettra, en retrouvant l'intégrité de ses fonctions motrices, d'oublier l'injustice involontaire dont il a été victime.

Nous n'ajouterons aucun commentaire à cette observation impartiale. Nous déplorons seulement que des médecins puissent, sans en être *absolument certains*, qualifier de simulateurs des blessés ; ils devraient songer qu'ils sont capables de se tromper eux-mêmes.

J. N.

Petite correspondance de médecine pratique

I

La réduction de paraphimosis.

Dans le petit article publié dans le *Concours médical* sur le traitement du paraphimosis, il faut lire Fargues par un *a* et non Forgues. En outre, j'ai commis une erreur. C'est Velpeau et non Trousseau qui laissa son arsenal chirurgical à Armand Després

Dr Beuvignon.
Commercy).

II

En qualité d'abonné, permettez-moi d'ajouter à l'article du dernier numéro du *Concours médical*, sur la réduction du paraphimosis, que le traitement indiqué par M. Pech dans le *Bulletin médical*, préconisé déjà en 1909, par M. Raux, de Lorient, appliqué en 1895 à l'hôpital civil de Nancy par le Dr Beuvignon de Commercy, et attribué par ce dernier à Armand Després, avait déjà été employé en 1880 par le Dr E. Vidal à l'hôpital St-Louis.

Peut-être même le Dr Vidal le tenait-il à l'hôpital d'Armand Després ?

En tout cas, il nous initia tous, élèves du service, à ce procédé, à l'occasion d'un cas qui se présenta à la consultation gratuite.

Le Dr Brocq, actuellement médecin des hôpitaux de Paris, alors interne du service, peut en faire foi.

Ce procédé, depuis, m'a toujours réussi, d'autant mieux qu'il est employé très prématurément.

Dr Gustin.
(Noirmoutiers).

THÉRAPEUTIQUE

La toux chez les tuberculeux.

C'est une loi presque absolue pour le tuberculeux de manifester par la toux l'invasion bacillaire et dès le début de son affection. « Un individu qui ne tousse pas, disait Lasègue, n'est pas un phtisique. » Et en effet, dès que des granulations tuberculeuses se développent dans le sommet du poumon, l'irritation des bronchioles se traduit par la toux. Elle est sèche, brève, composée d'une seule saccade et se produit sans effort. Cette toux cesse au milieu de la nuit et recommence vers le matin à la *cinquième* heure, environ, d'où le nom de quinte qu'on lui a donné. Cette toux est opiniâtre, chronique et doit être calmée par une médication appropriée. La codéine y suffit souvent ou bien une seule cuillerée à soupe de Pantopon (sirop) prise le matin, au réveil.

Cette toux du tuberculeux n'est pas grave, elle n'est qu'un symptôme. Cependant, il faut faire à son sujet une distinction. S'il s'agit, par exemple, d'un tuberculeux névropathe, on constatera des accès pénibles répétés, peu en rapport avec les lésions, mais en définitive, très fatigants et enlevant le sommeil. S'il s'agit d'un tuberculeux congestif hémoptoïque, ou si la toux s'accompagne d'hémoptysie, il est évident que le symptôme prendra de l'importance, qu'un pronostic grave même peut en découler et qu'une médication ne saurait être trop énergique.

Chez le névropathe, nous croyons que le bromure est indiqué, surtout le sédobrol qui permet une médication bromurée active presque sans inconvénients. Il s'agit là d'une présentation nouvelle de bromure, d'un mélange d'un gramme de bromure à un cube de bouillon végétal concentré et qui, une fois dissous dans une tasse d'eau chaude par exemple, fournit une préparation ayant le goût, l'odeur, la consistance, l'aspect d'un consommé et dans lequel, cependant, existe un gramme de bromure, sans saveur d'aucune sorte.

On fait donc absorber chaque soir, au tuberculeux névropathe qui a des accès de toux pénibles, une solution d'un cube de sédobrol et on procure ainsi au malade une sédation générale très nette qui se manifeste par un sommeil plus régulier et une diminution de la toux. Rien n'empêche de faire prendre le matin une solution identique, lorsque l'état névropathique l'exige. Chez le tuberculeux hémoptoïque, chez celui dont la toux est suivie par l'expectoration de caillots noirs ou bien par ce que l'on a appelé l'hémoptysie à flots, il faut donner l'opium. On connaît l'action déprimante et défavorable de la morphine chez le tuberculeux, on fera donc bien de ne pas utiliser l'injection hypodermique et on remplacera ce remède par le pantopon pris sous la forme de sirop ou de comprimés et à raison de 2 à 4 comprimés par jour ou de 6 à 8 cuillerées à café de sirop. Voici une médication qui nous a donné d'excellents résultats chez le tuberculeux en état d'hémoptysie abondante :

Prendre dans la journée 4 cuillerées à dessert de pantopon (sirop), et dans les heures intercalaires, toutes les deux heures, une cuillerée à soupe de la potion suivante (4 à 5 par jour):

Ergotine	2 gr.
Teinture d'aconit	2 gr.
Sirop de ratanhia	30 gr.
Chlorure de calcium	4 gr.
Eau distillée	q. s. p. 120 cc.

Ce traitement arrête en peu de temps les hémoptysies et, par la suite, nous faisons conti-

nuer simplement le sédatif de la toux pour empêcher l'ébranlement produit par l'effort dans la poitrine et l'arrachement des caillots cicatriciels

Il y a encore chez le tuberculeux une toux très particulière et fort pénible, c'est ce que l'on a appelé la toux émétisante. Cette toux survient après le repas et semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse gastrique où se trouvent les terminaisons du pneumogastrique. Ici, encore, nous ne voyons que l'opium pour empêcher ce spasme, et peut-être aussi une sorte d'insensibilisation de sa muqueuse par la cocaïne. Par exemple, nous conseillerons le traitement suivant :

Prendre au début du repas un comprimé de pantopon et au milieu du repas une des pilules suivantes :

Extrait de chanvre indien......	} ââ un centigr.
Chlorhydrate de cocaïne........	

pour une pilule.

On observe aussi chez le tuberculeux une toux particulièrement pénible et qui simule les accès de coqueluche. Il s'agit alors d'une compression du pneumogastrique par de l'adénopathie trachéobronchique. Ici, les mêmes sédatifs rentrent encore en ligne, sédobrol, pantopon, mais la révulsion sera également très active et on ne négligera pas les pointes de feu répétées tous les huit jours au siège de la matité et du souffle.

D'une façon générale d'ailleurs, et si l'on considère la cause de la toux, c'est-à-dire la lésion, on envisagera le traitement réel de cette lésion, c'est-à-dire la médication antibacillaire directe. Ici, il faut simplement rappeler ce que nous avons de meilleur ou si l'on veut de préférable, c'est-à-dire, la médication gaïacolée par les comprimés ou cachets Roche au thiocol. La dose est de 4 à 6 unités par jour, mais dans les cas les plus fréquents, il faudra donner encore la préférence au Sirop Roche, toujours très bien supporté, même par les malades les plus difficiles

Dr Baloude.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Hygiène des gens nerveux. — Traitement de la migraine

Hygiène des gens nerveux.

M. M. de Fleury, dont on connaît la grande compétence en neuropathologie, et qui se double en même temps d'un écrivain au style captivant et charmeur, publie, dans l'*Hygiène*, un article relatif à l'hygiène intellectuelle et moral des neurasthéniques.

Entre autres conseils, l'auteur recommande de ne pas trop cultiver sa sensibilité, et de modérer l'émotivité non seulement par des moyens moraux, mais encore avec certains médicaments, le bromure, la valériane, associés à la médication modérément tonique. « Fait curieux, « un tonique et un calmant donnés en même « temps au même malade ne se neutralisent pas « dans son organisme comme on pourrait le « croire ; ils agissent, chacun pour son propre « compte, si j'ose dire, à la manière des guides « et du fouet, tous deux indispensables pour « maintenir et stimuler. »

Le travail intellectuel est également un excellent procédé pour combattre les idées fixes. « Il « faut apprendre aux névropathes à ne pas se « laisser conduire comme fascinés par une idée « envahissante, à obtenir de leur faculté d'at- « tention qu'en cas de péril, elle s'accroche avec « fermeté à quelque chose de captivant, d'utile « et qui ne comporte en soi aucun tourment. »

L'action est un dérivatif de premier ordre, qui modère, supprime même momentanément la douleur. Celui qui se laisse frapper sans répondre éprouve une vive douleur ; celui qui lutte, qui rend coup pour coup, ne ressent rien. L'action est souvent la soupape de sûreté de la sensibilité exaspérée et Victor Hugo, frappé par les coups du sort, n'a pas laissé percer l'étendue de sa peine, mais il l'a extériorisée néanmoins dans des chefs-d'œuvre.

Traitement de la migraine.

Ce traitement, d'après le professeur Gilbert, dans *Paris médical*, comporte le traitement des accès, et le traitement de la diathèse.

Dans l'accès, on interviendra le plus tôt possible, en donnant autant qu'on le pourra, en un seule fois, la dose utile. Les médicaments indiqués sont l'antipyrine, à la dose de 0,25 à 3 gr ; le pyramidon, à la dose de 0,15 à 1 gr., ; la phénacétine, qui se prescrit de 0,15 à 0,75 ; l'anilipyrine, également de 0,15à0,75 ; l'antipyrine, le pyramidon, l'anilipyrine, qui sont solubles seront administrés dissous dans un quart ou un demi-verre d'eau, de préférence aux cachets médicamenteux.

On peut associer ces différentes substances entre elles. Voici deux formules de cette nature :

Phénacétine..........................	0,20
Pyramidon...........................	0,25
Caféine..............................	0,05

pour un cachet. No 1.

Anilipyrine..........................	0,30
Pyramidon...........................	0.15
Caféine..............................	0,05

pour un cachet no 1.

En cas d'insuccès on pourrait renouveler ces cachets au bout d'une demi-heure.

Le traitement diathésique comprend le régi-

me lacto-végétarien, le cures de lavage et l'hydrothérapie.

Il est ainsi formulé par l'auteur ;

1° Se nourrir avec les aliments suivants ; laitage, pâtes et farines ; fégumes et potages maigres (sauf choux, champignons, oseilles, tomates) ; fruits, confitures, pâtisseries légères, biscottes, pain.

S'abstenir de viandes de boucherie, de charcuterie, triperie, gibier, volaille ; poissons, coquillages, crustacés ; œufs, fromages (sauf lait caillé).

Boire de l'eau ordinaire, des tisanes, thé et café légers compris.

S'abstenir de crudités (sauf fruits bien mûrs). Ecarter les enveloppes des légumes et des fruits.

S'abstenir, pour préparer les aliments, de poivre, vinaigre, vin, moutarde.

Faire un usage modéré du beurre.

2° Assurer la régularité des selles au moyen de suppositoires ou de lavements.

3° Du 1er au 7 de chaque mois, prendre le matin, à jeun, à une demi-heure d'intervalle, deux verres de 250 grammes chaque d'eau d'Evian.

4° Chaque matin à jeun, au moyen d'un tub et d'une grosse éponge, prendre une lotion chaude et tiède (38°-40° et 30°-32°), à la suite de laquelle on s'essuiera en tamponnant, et on se recouchera dans la chaleur du lit.

Les effets de cette cure-régime sont généralement excellents. Dans certains cas, on sera amené à prescrire des périodes de régime lacté absolu, par exemple deux ou trois semaines avant de commencer le traitement, puis un jour tous les 15, tous les dix, tous les 7 jours.

Par contre, dans d'autres cas, on pourra au contraire tempérer ce régime avec un peu de viande ou de poisson, ou encore avec un œuf, une fois par jour.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Thérapeutique clinique et de Pharmacologie, par H. Zilgien, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, in-8°, 546 p. (cartonné, 1914, A. Maloine, éditeur, 10 fr.)

L'étude de la pharmacologie et de la matière médicale est aride en raison surtout de l'effort de mémoire qu'elle exige.

Ce précis de thérapeutique clinique et de pharmacologie a été écrit dans le but de rendre cette étude plus agréable et par suite plus facile. On trouvera le traitement des maladies décrit dans le même ordre que celui généralement adopté par les livres de pathologie interne, et, en tête des chapitres ou intercalée dans le texte ; l'étude individuelle des médicaments actuellement employés. Ce plan met ainsi le médicament dans son centre d'action ; il le montre, non comme dans une revue parade et avec des qualités qu'il perd trop souvent pendant la bataille, mais tel qu'il apparaît au praticien lorsque celui-ci l'emploie contre la maladie.

A ce livre on peut approprier les paroles de Pascal : « Si les matières qu'il traite ne sont pas nouvelles, la disposition en est nouvelle. Les mêmes pensées forment un autre corps de discours par une disposition différente, aussi bien que les mêmes mots forment d'autres pensées par les différentes dispositions. »

Le salvarsan, le néosalvarsan en thérapeutique ophtalmologique, Dr S. J. Fradking.— Thèse de doctorat, Paris, 1913. Vigot frères, éditeurs.

Excellente étude clinique appuyée sur une soixantaine d'observations, dont la plupart ont été recueillies par l'auteur qui a suivi personnellement les malades en faisant l'objet.

A retenir dans les conclusions :

Il y a lieu de traiter d'emblée par le néosalvarsan toute affection oculaire reconnue syphilitique, soit de par son aspect clinique, soit par une réaction biologique attendu que son action est plus certaine et plus rapide. En cas d'insuccès essayer la combinaison Ars. + Hg + IK.

Aucune observation démonstrative et indiscutable n'a été publiée prouvant le neurotropisme du salvarsan et néosalvarsan pour le nerf optique. Les affections oculaires, apparaissant plus moins longtemps après un traitement arsenobenzolique, doivent être considérées comme des récidives malgré le traitement, et non comme des manifestations toxiques.

....

Les petites doses successives à court intervalle et progressivement croissantes, jusqu'à la dose maximale de 1 centigramme par kilogramme ont une action stérilisante plus certaine que des doses massives d'emblée.

Les injections de néoarsenobenzol dans des petites quantités d'eau, formant une solution isotonique, doivent être adoptées de préférence aux injections de grandes masses d'eau ou du sérum physiologique

Les injections intra-veineuses sont seules rationnelles et efficaces. Les injections intra-musculaires et sous-conjonctivales (1) ne nous paraissent pas avoir fourni la preuve décisive de leur action thérapeutique utile.

D'une manière générale, les affections oculaires aiguës, récentes et actives sont très heureusement influencées par le néosalvarsan. Son efficacité certaine et son action rapide le rendent supérieur de beaucoup au mercure et à l'iodure. Néanmoins, une combinaison judicieuse de ces trois antisyphilitiques peut rendre service dans certains cas.

(1) A plus forte raison les lavements.



Le Lactochol
La boîte
de 50
comprimés
Prix :
4 fr. 50

CORRESPONDANCE

Entente entre syndicats de médecins et de pharmaciens

Votre conférence, faite il y a 2 ans, porte quelques fruits, entre autres celui d'un petit syndicat local. Celui-ci m'a désigné comme président et c'est en cette qualité que je vous écris

Vivant en bonnes relations avec nos pharmaciens, nous avons fermé les yeux sur l'exercice de la médecine qu'ils pratiquent. Notre tolérance a favorisé l'abus exagéré et nous avons l'intention, puisque notre syndicat existe, de leur envoyer une circulaire pour leur rappeler qu'il y a des limites à tout, même à leur omniscience. Or, en lisant le *Concours*, n° du 21 décembre (vous voyez que nous ne le laissons pas moisir), je remarque qu'à votre réunion de Rochefort, il a été question du quantum de médecine que peuvent faire les pharmaciens. Est-ce que le *Concours* ne pourrait pas nous donner à ce sujet quelques indications ? Si cette question a été traitée à Rochefort, auriez-vous l'extrême obligeance de me donner le nom du secrétaire du syndicat ? Je lui écrirais pour avoir quelques tuyaux. Il me semble qu'un article dans le *Concours* aurait une utilité générale préférable à notre petit intérêt local.

Dr L.

Réponse.

Au cours d'un voyage fait en Charente-Inférieure, nous avons été mis en rapport avec un pharmacien du pays, président du syndicat des pharmaciens du département.

Là, nous causâmes d'une entente qui serait désirable entre les syndicats des deux professions. Après un long entretien, nous nous mîmes d'accord sur les points suivants :

Le médecin a beaucoup à gagner à fréquenter le pharmacien, car, de la sorte, nous complétons, au point de vue pratique, les notions très élémentaires de thérapeutique et de pharmacie, que nous avons apprises à la Faculté.

Nous pouvons, à ce contact, nous initier aux difficultés de préparation, aux incompatibilités qui doivent nous guider dans la rédaction et la confection de nos formules magistrales.

De son côté, le pharmacien a tout avantage à fréquenter le médecin. Il apprendra à connaître les responsabilités considérables qu'il encourt, les risques très grands qu'il fait courir au public, lorsqu'il donne des consultations à jet continu, dans son arrière-officin

D'où, entre médecins et pharmaciens qui s'entendent très bien, limitation de l'exercice illégal de la médecine, diminution de ce débinage entre deux professions qui sont sœurs et surtout, considération beaucoup plus grande des véritables intérêts du public.

Mais, un médecin a-t-il à se plaindre de son

pharmacien, ou réciproquement ? Vite, réunion du conseil de famille intersyndical, composé des conseils de famille des deux syndicats. Comparution des deux antagonistes et, comme toujours, les ennemis de la veille se tendront la main, après une franche discussion et ils reconnaîtront que leur intérêt commun est de vivre en bonne intelligence.

Or, il importe, actuellement, que les deux professions se prêtent un mutuel appui. Le médecin, poursuivi par la pléthore, a besoin de vivre et surtout de vivre honnêtement de son diplôme. Il a donc besoin que le pharmacien fasse le moins possible de médecine illégale.

Le pharmacien a besoin de retenir, pour son officine, le respect qui s'en va, tué par la commercialisation de plus en plus envahissante de cette profession libérale. Grâce au médecin, il pourra faire comprendre au client la responsabilité qu'il encourt, lorsqu'il prépare un médicament, dont il doit répondre des effets, ou des erreurs de manipulation.

De plus, le médecin a besoin d'avoir pleine confiance dans son pharmacien, soit comme préparateur de médicaments composés et complexes, soit au point de vue de la qualité ou du poids réel ou des substitutions, qui peuvent être apportées par un pharmacien, peu consciencieux ou besogneux, soit pour prévenir un *lapsus calami* de l'ordonnance. Reconnaissons franchement qu'il y a encore beaucoup de pharmaciens scrupuleux, mais que le nombre en diminue. Aussi, le médecin traitant est-il heureux lorsqu'il peut se reposer entièrement sur son collaborateur dans les soins qu'il donne à l'humanité souffrante, autrement dit lorsqu'il peut se dire sûr que la quantité et la qualité des médicaments qu'il a prescrits seront fidèlement délivrées et qu'il n'y aura pas de substitutions apportées, quant aux spécialités qu'il a conseillées.

L'exercice illégal sera, disons-nous, diminué. Oui, car le pharmacien est obligé de donner souvent des conseils, soit pour des bobos, soit pour des rhumes insignifiants. Mais, où commence le délit, c'est lorsque le pharmacien continue, par la suite, ses conseils et la vente de ses préparations, sans que le médecin ait été consulté. Il appartient au pharmacien de renvoyer au médecin tout malade qui n'a pas été guéri, après un premier conseil donné dans l'officine. Nous avons connu, dans notre propre pratique médicale, des pharmaciens qui ouvraient des panaris, enlevaient des pailles de fer des yeux, etc. Nous avons fait connaître à ces pharmaciens quelle responsabilité ils encourraient, au cas de complications, surtout avec la loi sur les accidents du travail, que les assurances exploitent avec tant de succès et de profit

Voilà donc rapidement quelle fut notre conversation en Charente-Inférieure. Le lendemain, le syndicat de Rochefort, reprenant la discussion, votait le principe de l'étude d'une entente avec le syndicat des pharmaciens.

Disons de suite que le syndicat du Louhannais (écrivez au Dr Guimet, de Varennes-St-Sauveur, Saône-et-Loire) tente la même étude.

La chose est-elle possible ? Oui, certainement et nous dirons même : elle est nécessaire, indispensable.

Cette lutte inutile, même préjudiciable aux intérêts du public, doit cesser, car les deux professions se doivent un mutuel appui.

Au reste, nous assistons actuellement à ce double phénomène. D'une part, nombreux sont les médecins qui font leur pharmacie, ainsi que les pharmaciens qui conquièrent leur diplôme de docteurs en médecine. Ayant les deux parchemins, ces nouveaux confrères exercent les deux professions. Ayant boutique sur rue, c'est chez un médecin qu'on amène les accidents les malades subits, etc. C'est encore dans l'officine que l'on prend la consultation d'un médecin, puis les médicaments qui doivent soulager.

Certains même disent, et nous sommes de ceux-là, qu'il est souhaitable qu'un docteur en médecine ait la science complète dans l'art de guérir ; autrement dit : nous devrions apprendre la médecine et la pharmacie. Alors, les jeunes d'entre nous iraient à domicile. A eux, les courses de campagne. Aux vieux, aux malades, aux fatigués de la profession, la clientèle du cabinet et la préparation des médicaments. En attendant cette évolution, qui sera fatale, nous voyons beaucoup d'officines de campagne ne pas trouver d'acheteurs ; aussi de plus en plus, le médecin devient-il propharmacien.

Disons enfin que nos anciens du *Concours* s'étaient déjà préoccupés de cette question de ce que devrait être la limite permise aux pharmaciens pour les conseils qu'ils peuvent donner à leur clientèle. Dans un projet concernant la réorganisation et les modifications à apporter à la loi de germinal, sur l'exercice de la pharmacie, ils avaient prévu cet article :

« *Les pharmaciens peuvent délivrer à l'acheteur sur sa demande, sans ordonnance et aussi souvent qu'il se présentera, les médicaments dont la liste sera établie par la commission du Codex.*

« *En dehors de cette exception, le pharmacien ne pourra délivrer un médicament sans ordonnance d'un médecin et sous sa propre inspiration que dans le cas d'urgence, d'accident, ou de premier conseil dans une maladie nettement commençante. La répétition du fait pour le même malade constituerait un traitement et serait punie comme exercice illégal de la médecine.* »

Votre question est donc fort intéressante. Ecrivez au Dr Métais, à Surgères, (Charente-Inférieure) et au Dr Guimet, à Varennes-St-Sauveur (Saône-et-Loire).

D'autre part, les colonnes du *Concours* vous sont largement ouvertes, ainsi qu'aux confrères qui voudraient émettre des idées sur cette collaboration plus intime entre les deux professions médicale et pharmaceutique, au point de vue de la protection plus effective de la santé de nos concitoyens.

***

Voici d'ailleurs comment la question a été traitée au Syndicat de Rochefort-sur-Mer :

Entente intersyndicale médico-pharmaceutique.

Le docteur Métais présente un projet d'entente intersyndicale médico-pharmaceutique :

Mes chers Confrères,

Vous venez d'être mis au courant de faits graves, dont la portée dépasse, n'en doutez pas, la ville de Rochefort.

Si, sous le couvert de la Mutualité, de pareilles associations existent dans les grands centres, ne devons-nous pas appréhender de les voir se former aussi dans les petites villes, nuisibles aux intérêts du pharmacien, du médecin et aussi, ne craignons pas de le dire bien haut, des malades ?

N'oublions pas qu'à l'heure actuelle on se déplace facilement, qu'un colis postal de médicaments est vite expédié. Vous savez aussi combien il est commode d'obtenir des cartes de mutualiste.

Aussi l'idée nous était venue, mais elle fut soumise trop tard à la dernière assemblée générale de notre Fédération, d'une entente intersyndicale médico-pharmaceutique.

Cette entente est-elle possible ? Est-elle favorable à nos intérêts professionnels et à ceux du client ? Comment devons-nous la comprendre ?

Les médecins crient sur le pharmacien qui donne des consultations dans son arrière-boutique, fait des pansements, des injections hypodermiques, même mercurielles, surveille lui-même les traitements qu'il a institués, va voir ses clients à domicile, dénigre le médecin à l'occasion. Bien plus, avec dormeurs, rebouteurs, bons dieux, etc., il ne craint pas les petites associations aussi lucratives que malhonnêtes.

A quoi le pharmacien répond qu'il est bien obligé de se créer, en dehors de l'ordonnance, des bénéfices et des affaires puisque le médecin ne prescrit plus que des spécialités (et lesquelles, quelquefois à ristourne) ne lui laissant qu'un bénéfice insignifiant, qu'il vend, au détriment du pharmacien, objets de pansements, spécialités reçues gratuitement ou demandées directement au fabricant. Le docteur X. favorise tel pharmacien. Il doit avoir des intérêts dans la maison.

Ces griefs sont justes, reconnaissons-le, exagérés souvent, et ne s'adressent, hâtons-nous de le dire, qu'à une minorité dans l'une et l'autre profession. Il y a des brebis galeuses en médecine comme en pharmacie. Notre rôle est d'en limiter le nombre.

Nous y arriverons en combattant les abus, d'où qu'ils viennent. Le pharmacien a le droit de compter sur sa profession et sur nous pour vivre honorablement. Assurons-lui un bénéfice honnête par le retour, dans nos ordonnances, aux vieilles formules magistrales.

Occupé à pilonner une masse pillulaire, à faire

des pesées minutieuses, le pharmacien n'aura plus le temps de donner des consultations, il n'aura plus l'idée de discuter le médecin, d'insinuer que telle préparation de son officine vaut bien mieux que les pilules Y.., ou l'élixir Z.

Le pharmacien sera devenu l'ami du médecin. Souvent il a l'oreille du client qu'il saura nous conserver en nous prévenant des observations faites devant lui, de ses impressions. Il pourra nous renseigner sur des questions de cuisine pharmaceutique, mélanges incohérents, imbuvables, nous documentera sur le prix élevé d'un médicament, ce que nous ignorons trop souvent ; nous préviendra, à l'insu du client, du *lapsus calami*, de l'erreur qui se sera glissée sur une ordonnance, etc. Assuré d'avoir une prescription, il nous enverra le malade

Celui-ci y trouvera aussi son compte. Soigné par le médecin qui aura toujours sa confiance, il aura moins tendance à essayer le remède de la quatrième page de journal ou la drogue qui aura fait du bien à son voisin. Nous saurons satisfaire son goût et ménager sa bourse, ce dont il nous saura gré.

N'avons-nous pas aussi, médecins et pharmaciens, à nous défendre contre des ennemis communs : les illégaux et toutes les combinaisons qui en découlent, contre les spécialités sans valeur thérapeutique, lancées à grand renfort de réclame, nuisant à tous ?

C'est donc dans un intérêt non seulement professionnel, mais général, que devient nécessaire l'*entente honorable* entre médecins et pharmaciens syndiqués, représentant l'élite de nos professions.

Nous ne serons pas les premiers à nous atteler à cette tâche qui a été résolue déjà dans d'autres départements.

Comment mener à bien cette entente ? Il nous faut connaître nos doléances réciproques, chercher à y remédier avec des idées larges et sans parti-pris, dans des conversations entre bureaux syndicaux, soit à date fixe, soit quand l'occasion s'en présentera. Nous pouvons avoir aussi des conseils de famille intersyndicaux pour régler les différends entre pharmaciens et médecins. En causant avec les pharmaciens que nous connaissons, nous pourrons les amener à nos idées.

Par une collaboration sincère et loyale entre Syndicats nous saurons améliorer pour le bien public nos situations respectives.

Le Président dit que, dans l'esprit du Syndicat, cette entente intersyndicale aura surtout pour but de refréner l'exercice illégal de la profession et plus spécialement l'entente entre pharmaciens et dormeurs, qui nous paraît à tous absolument scandaleuse. Il met aux voix l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat Médical de Rochefort, réuni en Assemblée générale, le dimanche 14 décembre 1913, approuve le rapport du docteur Métais, il favorisera

par tous les moyens énergiques qu'il se propose d'employer les relations intersyndicales, afin de défendre à la fois l'honorabilité des deux professions et l'intérêt du public qui y est intimement lié ».

(*Adopté à l'unanimité.*)

Questions de déontologie.

Faites !... Ne faites pas !...

Le médecin qui se sert d'influences politiques, religieuses ou autres pour enlever un malade à un confrère, est un malhonnête homme.

Mais le médecin qui, mandé par un malade déjà soigné par un confrère, parce que ce malade n'a plus confiance en lui, se rend près de ce malade même sans prévenir le premier médecin traitant, remplit son devoir ; car au-dessus des règles de la déontologie, il y a une question d'humanité, et le médecin, dans ce cas, apporte au malade le plus grand remède de la thérapeutique : la confiance dans son médecin.

Voilà pourquoi, moi, dans ce cas, je n'hésite jamais, et je me rends à l'appel du malade. Je ne blâme ni ne loue le confrère qui m'a précédé : je l'ignore et j'agis comme si j'étais le premier médecin mandé.

Le médecin qui s'efforce de trouver des opérations à faire pour les diriger vers la clinique d'un confrère dont il attend une rémunération est un malhonnête homme.

Mais le médecin qui, après avoir jugé en sa conscience qu'une opération est nécessaire, adresse son malade à un confrère, a droit à une part dans les honoraires ; car il aura une part dans la responsabilité s'il y a insuccès, et le client saura bien le lui faire sentir.

Oui, les médecins doivent exiger une plus large rémunération de leurs soins en face des exigences toujours croissantes de la vie.

Mais sous cette condition : que ce sera une augmentation sur le prix d'honoraires loyalement gagnés et non pas une exagération plus ou moins honnête de ces honoraires : visites inutiles, inutiles opérations sans autre but que de pouvoir enfler la note ; injection antitétanique pour un coup de pied au derrière, injection antidiphtérique pour un rhume de cerveau, etc., etc., exagérations dont le public se rend compte tôt ou tard, et qui sont la principale cause de cette animosité entre le corps médical que l'on accuse, et avec raison dans ces cas, non d'exercer une profession, mais de faire un métier.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées la lecture du *Concours.*

Réponse.

La déontologie ne doit pas prétendre à la rigueur mathématique des sciences exactes. Elle est surtout faite de ces cas particuliers, d'espèces dont la solution est des plus aisée si les intéressés — les médecins — savent s'inspirer du vieil aphorisme : « *Ne faites pas aux autres ce que vous ne voudriez qu'on vous fît à vous-même* ; et se souvenir de la parole de Montaigne : *Science sans conscience est la ruine de l'âme.*

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Affranchir
à
0 fr. 10

Monsieur le Directeur
du " **Concours Médical** "
132, Faubourg Saint-Denis
PARIS

Afin de nous permettre de poursuivre sur des bases sérieusement documentées, notre étude sur le Rôle social du Médecin, nous prions instamment nos Confrères, Conseillers Généraux ou autres, de bien vouloir remplir le questionnaire ci-contre et nous le retourner le plus rapidement possible.

Nous les en remercions à l'avance bien sincèrement.

La Rédaction.

QUESTIONNAIRE

Département de . . . .

Nombre d'arrondissements . . . .

— de cantons. . . . .

Chiffre de la population . . . .

---

1) **Traitement de l'Inspecteur départemental du service de l'Hygiène publique** . . . .

2) **Indemnités aux délégués des Commissions sanitaires** . . .

3) **Indemnités aux médecins des épidémies**. . . . .

4) **Traitement des chefs des bureaux d'hygiène des villes de :**

5) **Indemnités aux médecins adjoints des bureaux d'hygiène** . .

6) **Indemnités et frais de déplacement des chefs de poste du service de la désinfection**. . . . .

7) **Traitement de l'inspecteur et du sous-inspecteur du service des enfants assistés**. . . . .

8) **Allocations qui leur sont données pour frais de déplacement ou services accessoires qui peuvent leur être confiés** . . .

9) **Indemnité totale pour les médecins vaccinateurs** . . . . .

10) **Indemnité totale pour les médecins inspecteurs des enfants du premier âge** . . . .

11) **Indemnité totale pour les médecins inspecteurs des écoles** .

12) **Indemnité totale pour les visites et certificats du service de l'Assistance aux vieillards et incurables** . . . .

13) **AUTRES TRAITEMENTS, S'IL EN EXISTE** (les désigner explicitement)

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

I. Jusqu'à quel point les médecins traitants seront-ils lésés et dépossédés par la création de fonctionnaires médecins ?

1° *Médecins considérés actuellement comme de purs fonctionnaires.*

Eliminant d'emblée les médecins de l'armée de terre et de mer, nous pouvons d'ores et déjà affirmer que les médecins exerçants actuels n'auront nullement à souffrir de la fonctionnarisation de ceux de leurs confrères qui sont directeurs de bureaux d'hygiène, ou médecins de police sanitaire maritime, ou enfin médecins des asiles publics d'aliénés.

Pour ces derniers, une objection se présente : ces confrères, peut-on nous dire, soignent bien les malades qui sont internés dans leur asile. Ce sont donc des médecins traitants. Soit ; mais ils soignent les internés comme des malades appartenant à la collectivité, tout comme les médecins militaires soignent des malades, soldats, donc appartenant à l'Etat. La preuve en est que pour pouvoir faire interner un aliéné, le médecin est obligé de déclarer, dans son certificat, que le malade est ou peut devenir dangereux pour la sécurité publique. C'est donc la société qui cherche tout autant à se protéger qu'à soigner les malades qu'elle fait ainsi enfermer et traiter par ses médecins à elle, selon des règles administratives fixées par elle, et aux termes d'une loi particulière (1838).

2° *Fonctions publiques actuellement confiées à des médecins traitants.*

Ce deuxième groupe est plus délicat à considérer. En effet, dans certaines villes importantes, on a pu créer des postes de fonctionnaires médecins, dont les occupations et le traitement sont fixés par l'administration, alors que dans beaucoup de localités de moindre importance, on a dû avoir recours aux médecins exerçants pour leur demander, à l'occasion, de remplir des fonctions administratives.

Ainsi, les médecins de l'état-civil, qui, dans les grandes villes, ont des appointements suffisants pour se consacrer uniquement aux constatations légales.

Au contraire, dans les campagnes, c'est au médecin traitant que l'on demande le certificat de décès, sans se préoccuper du point de savoir si le secret professionnel ne risque pas d'être violé.

Tels encore les médecins légistes, qui n'exercent pas la médecine, dans les grands centres, alors que le parquet fait désigner chaque année par le tribunal, le ou les praticiens qui lui semblent partout les plus dignes de remplir ces fonctions.

Mais la classe la plus nombreuse est constituée par les médecins exerçant la profession et que, dans certains cas, l'administration charge de certaines fonctions.

Voici les médecins assermentés : désignés à la faveur, ils sont les seuls qui soient jugés capables de délivrer un certificat aux différents fonctionnaires qui viennent les voir et qui, ce qui est le plus fort, doivent payer eux-mêmes la pièce qu'ils réclament.

Sans nous arrêter sur ce qu'a d'injuste et surtout de blessant pour les autres praticiens, qui n'ont pas eu l'heur de plaire et qui, par suite, ne sont pas assermentés, disons immédiatement que bien peu nombreux sont ceux qui ont dû prêter serment, et que, par conséquent, les médecins exerçants dans leur grande majorité, ne perdraient rien à ce que ces attributions soient réservées à de purs fonctionnaires-médecins. Ils y gagneraient même, puisqu'actuellement la clientèle des fonctionnaires se détourne de leurs cabinets, pour aller chez le médecin assermenté auquel ils veulent faire la cour.

Il en serait de même pour les fonctions administratives de médecins contrôleurs des lycées, etc.

De même, enfin, pour les médecins inspecteurs des écoles, dont on parle tant, mais qui ne sont pas ou à peu près pas encore mis en fonctions.

Quant au plus gros sacrifice qu'auraient à faire les médecins exerçants, ce serait d'abandonner les fonctions de médecins inspecteurs du premier âge.

Franchement, chers confrères, tenez-vous tant que cela à aller faire des kilomètres, pour recevoir un franc par enfant visité ? N'abandonneriez-vous pas plutôt les quelques centaines de francs que vous pouvez toucher par an chacun, lorsque vous êtes en fonctions, si vous saviez que ce service serait fait par un confrère, ne pouvant pas exercer la médecine et, par suite, ne pouvant se servir de son titre, ni de ses tournées dans les villages, pour se faire connaître et s'attirer des clients ? Ne pensez-vous pas également que vous seriez mieux chez vous à attendre l'accouchement, l'accident, le cas d'urgence pour lequel on devra faire appel au médecin voisin, retenu au loin que vous êtes par des visites de nourrissons à vingt sous ?

Quant aux vaccinations, la perte ne serait pas bien grosse. Supposons (ce que nous étudierons plus tard, d'ailleurs) qu'un règlement exige que chaque année, les parents des enfants de moins d'un an, de 10 à 11 ans et de 20 à 21 ans, soient obligés de fournir au fonctionnaire-médecin de la circonscription, un certificat de médecin traitant, attestant qu'une vaccination ou revaccination a été faite dans l'année.

Si ce certificat n'était pas envoyé ou apporté par les négligents, ceux-ci seraient convoqués à une séance gratuite de vaccination, faite par le fonctionnaire-médecin.

Il est vraisemblable que les quelques centaines de francs annuels que peut rapporter le service actuel des vaccinations seraient compensées par les vaccinations au cabinet, faites au tarif syndical, ou au tarif de l'assistance médicale, selon les individus, ainsi que par le temps resté libre, pendant lequel on pourra voir d'autres malades, voire même goûter un repos réparateur bien gagné ?

Ah ! si, à la Faculté,on nous avait fait un cours très élémentaire de comptabilité, tous les médecins seraient actuellement de notre avis !

3° *Travail réservé uniquement aux médecins traitants.*

Toutes les fois qu'il y aura des soins à donner (sauf aux militaires et aux aliénés internés), seul le médecin exerçant aura la direction du traitement. Librement choisi et non imposé, il assistera son malade. Mais l'administration aura le droit de contrôle, à l'aide de ses fonctionnaires médecins.

Voyons si un tel *modus faciendi* lèserait les intérêts actuels de nos confrères.

Pour l'application de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, le médecin traitant actuel verrait la suppression de l'horrible forfait et du médecin de circonscription. Il ne pourrait plus y avoir de préventions contre le système dit vosgien, puisque les abus (disons plutôt les fautes et erreurs d'exécution de la loi par les médecins et aussi par les maires), seraient relevés et signalés par le fonctionnaire contrôleur.

De même pour les soins à donner aux enfants assistés.

Ce seraient encore les médecins exerçants qui soigneraient, mais non plus gratuitement, les gendarmes, les douaniers, etc., sous le contrôle d'un médecin de l'administration.

La même situation se retrouverait pour le service des chemins de fer, que nous pouvons envisager, puisque dans une quarantaine d'années, ces exploitations doivent faire retour à l'Etat. Toujours libre choix et tarif à la visite, avec droit de contrôle pour l'administration.

Quant à l'application de la loi de 1902, sur l'hygiène publique, ne serait-elle pas facilitée par la liberté pleine et entière laissée au médecin traitant de faire telle désinfection qu'il jugerait utile de pratiquer, selon les circonstances, les lieux, la nature de la maladie,etc.? Bien entendu, le fonctionnaire-médecin aurait le droit de contrôle.

Mais, en quoi pareil système lèserait-il les intérêts matériels des médecins exerçants ? Ils ne pourraient qu'y gagner, surtout à cause de la rémunération à la visite de tous ces services.

Nous arrivons donc au bout de cette révision rapide et nous nous demandons si vraiment le médecin, tel qu'il pratique à l'heure actuelle, perdrait des sommes appréciables du fait de la création de fonctionnaires médecins ? Tout au plus quelques rares favorisés de la préfecture, ayant ainsi obtenu à la faveur le monopole de la médecine administrative, devraient abandonner leurs fixes.

Mais l'immense majorité des praticiens verraient s'établir une égalité entre eux tous, grâce aux soins donnés librement et au tarif à la visite aux malades qui les choisiraient librement.

II. Avantages d'un tel dédoublement des fonctions.

1° *Pour les médecins* :

Ils seront requis et choisis librement par ceux auxquels ils inspireront confiance, sans intervention étrangère au seul souci de guérir.

Le praticien pourra, sans arrière-pensée, devenir le confident de son malade.

Il ne prendra que l'intérêt de son client ; il deviendra son avocat technique et lui donnera ses conseils, ses avis, sans nul autre souci que le bien de l'individu malade. Au fonctionnaire-médecin à faire son service et à préserver utilement la société.

Le médecin sera rémunéré par son malade, qui se retournera vers la collectivité qui doit lui assurer les secours médicaux et pharmaceutiques. Peut-être alors pourrons-nous être délivrés de l'affreux cauchemar du forfait, dont nous ne voulons à aucun prix.

2° *Pour l'administration* :

Elle pourra enfin constater que ses lois et décrets seront observés et appliqués. Le fonctionnaire-médecin, n'étant pas retenu par le souci de ne pas s'aliéner sa clientèle, pourra exercer un contrôle suffisant et mettre en mouvement la justice répressive, au cas de manquements aux règles édictées.

Avec un contrôle sérieux, on ne verra plus des collectivités se plaindre d'abus médicaux, sans pouvoir en fournir la preuve. Contrôle d'une part, tribunal d'arbitrage de l'autre, voilà ce qui mettra un terme à cette légende des médecins marrons.

Quant au côté pécuniaire, il ne sera pas très considérable pour l'administration. Tout d'abord il y aura des économies sérieuses à faire sur différents chapitres actuels. En second lieu, les sommes versées comme honoraires aux médecins de la protection du premier âge, ou autres, reviendront à la collectivité.

Enfin, disons franchement qu'une administration qui veut entreprendre la noble mission de la préservation sociale et de la diminution du taux de la mortalité, doit demander au pays de faire l'effort pécuniaire suffisant pour qu'un tel programme soit exécuté jusqu'au bout et autrement que par des demi-mesures. En face de la

maladie et de la mort, les belles promesses électorales ou mutualistes n'ont aucune valeur. La société veut être protégée : ses représentants doivent envisager le problème et ses conséquences, bien franchement et en face, au lieu de vouloir faire des économies absurdes et qui ne conduisent qu'à un échec dans l'application.

3° *Pour les malades* :

Ce sont eux qui y gagneront le plus : ils seront soignés par le médecin de leur choix : on ne leur imposera plus un praticien, d'autant moins écouté que désigné d'office.

Alors, les pauvres souffrants bénéficieront de l'émulation des médecins qui chercheront à bien soigner leurs malades, pour être choisis par eux et se faire une réputation.

Mais, comme contre-partie, le malade devant rémunérer lui-même son médecin, quitte à se faire rembourser par qui de droit, réfrènera les excès de zèle et saura éviter le trop grand nombre de visites, de peur d'avoir à en payer lui-même une partie.

Le client prendra le souci de s propre responsabilité : au lieu d'être un individu quelconque qui se livre aux soins du médecin qu'on lui a désigné, ou mieux imposé, il fera son choix avec discernement, puisqu'il paiera. Confrères, nous vous sentons frémir : « Ces indigents, dites-vous, sont insolvables. Quel bon billet, que leur responsabilité, *pour nos honoraires !* »

Détrompez-vous. Vous serez mieux payés, moins dérangés, moins tyrannisés qu'actuellement, parce qu'à l'heure présente, celui qui ne paie pas lui-même se moque pas mal du dérangement qu'il occasionne. Il n'en supporte pas les conséquences.

Et puis, vous avez la possibilité d'agir par la voie judiciaire, de même qu'en exerçant l'action oblique de l'article 1166 du code civil, vous pourrez agir contre la collectivité débitrice des soins médicaux, en prenant les lieux et place de votre client.

Et même, ne seriez-vous pas payé, dans quelques cas, cela changerait-il beaucoup votre situation ? Vous en arriveriez à cette conclusion, qui étonnera tous ceux qui ne savent pas tenir leurs comptes et établir le prix de revient de l'acte médical : il vaut mieux rester chez soi à ne rien faire que de travailler à perte. Or, actuellement, avec tous les tarifs d'assistance médicale gratuite, avec les honoraires ridicules alloués pour la protection du premier âge, avec votre gracieuseté envers Pandore, avec votre droit aux permis de chemin de fer, vous travaillez à perte et vous ne couvrez pas vos frais.

Ainsi théoriquement nous arrivons à cette conclusion : la division des fonctions entre médecin traitant et fonctionnaire-médecin s'impose, au nom des intérêts de la collectivité, de ceux des malades et enfin de ceux du corps médical ; cette division est parfaitement possible : elle n'entraînerait aucune révolution dans notre arsenal législatif, mais ne demanderait que certaines retouches et modifications.

Pourquoi donc ne pas essayer d'aborder la pratique et d'étudier, loi par loi, ce qu'il serait nécessaire de faire, pour que soit créé le fonctionnaire-médecin ?

C'est cette étude que nous allons maintenant commencer.

Correspondance

Dans un récent article, le *Concours Médical*, examinant les incompatibilités qui existent entre le rôle de médecin traitant et certaines fonctions qui peuvent être simultanément exercées par lui, prétendait qu'en thèse générale, le souci de ménager sa clientèle met parfois le médecin inspecteur des enfants du premier âge dans la nécessité de ne pas tenir la main aux obligations strictes de la loi et des règlements, sous peine de s'exposer à en être gravement lésé.

Voici quelques faits qui viennent illustrer de façon probante cette affirmation que, pour ma part, je considère comme parfaitement exacte et fondée.

Le premier m'est personnel. Il y a quelques années, exerçant dans une circonscription normande les fonctions de médecin-inspecteur des enfants du premier âge, j'eus à visiter un enfant placé chez une nourrice qu'à deux reprises différentes, je trouvai absente de chez elle. Je lui fis alors les justes représentations que comportaient sa surveillance négligée, lui faisant entrevoir les accidents possibles dont les enfants (le sien et le nourrisson) pouvaient être les victimes. Je ne croyais pas être si bon prophète. Quelques jours après en effet, on vint me chercher en toute hâte : le nourrisson, laissé à lui-même, et tombé dans le feu de la cheminée, était mort complètement calciné.

Je fis à l'Administration mon rapport de médecin-inspecteur. La nourrice fut traduite en police correctionnelle et condamnée.

Jamais, dans la suite, je ne fus rappelé comme médecin traitant dans le village qu'elle habitait, et, qui plus est, les parents de l'enfant brûlé prirent ostensiblement parti pour la nourrice contre moi.

Voici un autre fait qui m'a été conté par un confrère, médecin-inspecteur dans un département du Centre : sollicité par une femme de lui délivrer un certificat de nourrice il refuse, pour des motifs parfaitement plausibles. Le mari insiste auprès de lui, pour le faire revenir sur sa décision ; il persiste dans son refus. La dame visiteuse intervient à son tour, sans pouvoir l'ébranler. Puis c'est le tour du curé ; et finalement, le maire, châtelain du voisinage, vient à bout de sa résistance. En présence d'un tel concours de sollicitations, effrayé des conséquences que pouvait avoir pour ses intérêts personnels son intran-

sigeance, il capitule avec sa conscience et délivre le certificat.

Si dans l'un comme dans l'autre de ces cas, le médecin inspecteur n'avait dépendu que de l'Administration, sans souci de la répercussion éventuelle de ses actes sur sa situation privée, il n'aurait pas eu à souffrir matériellement ni moralement pour l'accomplissement de son devoir.

Dr M.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Autour et à propos de la pharmacie.

M. Lalanne, député, auteur, avec M. Barthe, d'un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie, vient de publier dans le *Parlement et l'Opinion*, l'article suivant :

Pour la pharmacie française.

Alors que dans le silence du laboratoire tant de savants recherchent les moyens de mieux soulager l'humanité ou de la mieux défendre contre tous les fléaux qui la guettent, on constate, singulière ironie, que l'emploi trop répandu et trop facile de certains toxiques risque de porter un coup funeste à la prospérité de notre race ; que de terribles poisons deviennent, avec une déconcertante aisance, une arme redoutable entre les mains des criminels et que, à son tour, la santé publique est, comme la bêtise humaine, trop souvent sujette à exploitation.

Lorsqu'on songe au funeste développement pris ces temps derniers par les fumeries d'opium, aux ravages causés par l'usage de la morphine et de la cocaïne, au trafic aisé de ces dangereux produits, à la fréquence des empoisonnements ;

Lorsqu'on voit de nos jours une multitude de médecins et de pharmaciens, honnêtes praticiens, conscients de leur noble devoir, réduits, après des années de solides et sérieuses études, au rôle de distributeurs automatiques de spécialités parfois bien charlatanesques et toujours de composition inconnue ;

Lorsqu'on voit vendre librement et sans contrôle pour des usages industriels, agricoles ou vétérinaires des quantités de produits toxiques par des gens, très honnêtes, sans doute, mais ignorants ou irresponsables parce que devenus du jour au lendemain et sans études spéciales, des marchands de poison ;

Lorsqu'on songe enfin que certaines réclames coûteuses et tapageuses présentent à de pauvres malades, comme de vraies panacées universelles et comme seul remède à leur mal, des produits créés dans un but plus financier qu'humanitaire, produits ayant souvent la prétention de combattre aussi efficacement les endocardites que les cors aux pieds, pouvant renfermer des principes toxiques ne convenant pas à tous les tempéraments et que (incompréhensible et inexcusable tolérance de la loi interdisant la vente des remèdes secrets) le médecin prescrit et le pharmacien délivre ;

Ne pensez-vous pas qu'une loi qui date de germinal an XI est quelque peu désuète aujourd'hui et qu'elle s'adapte bien peu à nos mœurs modernes et aux progrès de la science médico-pharmaceutique ?

Au nom de l'immense majorité de nos confrères pharmaciens, majorité qui pense que l'exercice de la pharmacie, étant fondé sur la science de celui qui s'y livre, constitue bien plus une profession libérale qu'un commerce ; au nom de ces modestes praticiens désireux d'utiliser honnêtement le fruit de leurs études à l'exercice d'un art qui, tout en assurant leur existence, leur attribue un rôle essentiellement humanitaire ; au nom de tous ceux qui ont conscience de tenir dans leurs mains la vie même de leurs malades et qui ne veulent pas que celui qui souffre soit ou trompé ou exploité, j'ai eu l'honneur de déposer avec mon honorable collègue M. Barthe une proposition de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Le but de notre proposition est de créer une loi qui permette au pharmacien de vivre en exerçant honnêtement sa profession, au public d'avoir à un prix équitable le médicament consciencieusement choisi et consciencieusement préparé, aux uns de ne plus voir leur labeur anéanti, aux autres leurs espérances déçues par l'abus de ces mirifiques produits de teneur inconnue ou d'efficacité douteuse, que des collaborations, n'ayant rien de scientifique, imposent parfois à des malades dans le seul but de réaliser de gros bénéfices au détriment de leur santé.

Une nouvelle législation s'impose :

1° Qui fixera nettement les diplômes, les garanties à exiger de tous ceux qui veulent exercer la profession de pharmacien en France et les conditions dans lesquelles ils pourront ouvrir une officine ou délivrer des produits médicamenteux ;

2° Qui interdira l'annonce, la livraison et la vente de tout remède secret ;

3° Qui établira la liste des médicaments ne pouvant être vendus sans ordonnance ;

4° Qui réglementera la fabrication et la vente en gros des drogues simples et produits destinés à la pharmacie, la vente des toxiques, la délivrance des remèdes par les hôpitaux, l'exercice de la profession d'herboriste, etc.

Cette loi qui s'impose est, à l'heure actuelle, à l'état de proposition, soumise à l'examen de la Commission d'hygiène de la Chambre des députés. Plusieurs groupements professionnels, associations, syndicats ont été déjà entendus. Notre distingué collègue et ami M. Schmidt, dont le talent et la compétence sont hautement appréciés, saura, en sa qualité de rapporteur, défendre de la façon la plus énergique, la plus persuasive et la plus équitable, la cause de ceux qui souffrent et de ceux qui, honnêtement et loyal ent, travaillent à les soulager ou à les guérir.

***

Il n'est douteux pour personne que la loi de Germinal est désuète et qu'elle ne correspond pour ainsi dire plus aux exigences d'une profession qui s'est si radicalement et si complètement transformée depuis trente ans environ.

Mais quand il s'agit de légiférer à nouveau, l'embarras commence. Le problème est difficile et complexe à un degré tel que nous attendrons sans doute longtemps encore l'apparition d'une nouvelle législation, les projets actuellement déposés sommeillant paisiblement au sein de quelque commission.

Et pourtant, que d'anomalies dans la situation actuelle, qu'il y aurait un intérêt pressant à faire disparaître ? Ainsi, la défense faite par la loi au pharmacien de délivrer un gramme de sublimé sans ordonnance, tandis que le droguiste en vendra un ou plusieurs kilogs sans autre formalité que l'inscription et la signature du nom de l'acheteur sur un registre spécial.

La spécialité est toujours la bête noire des pharmaciens, tout au moins, j'imagine, de ceux qui n'en sont pas inventeurs ou propriétaires. On en pourra peut-être réglementer l'exploitation dans une certaine mesure, mais loin de disparaître, elle ne fera que se développer et progresser. Elle est née de la force même des choses, et elle répond à cette heure à un véritable besoin. Besoin artificiel, soit, mais qui n'en existe pas moins. Ce que nous devons lui demander, c'est d'être honnête, de s'offrir proprement au médecin, comme une arme thérapeutique bien trempée. Ceci revient à dire, et la déclaration n'est pas nouvelle sous notre plume, que nous condamnons, tout comme M. Lalanne, les panacées universelles qui font, à grand renfort de réclames tapageuses et charlatanesques, l'ornement (!) de nos murs et de nos grands journaux. Mais nous craignons bien que, de longtemps, les abus que nous dénonçons soient impossibles à réprimer, en dépit des excellentes intentions de quelques députés, et nous n'espérons pas qu'une loi nouvelle aura jamais la fermeté et l'audace de s'attaquer à l'une des plus grasses « vaches à lait » de la grande presse.

En ce qui concerne la liste des médicaments qui pourraient être vendus sans ordonnance, nous souhaitons que, comme pour la question du renouvellement des ordonnances, l'Académie de médecine s'inspire des desiderata et des vœux du corps médical, formulés par les Syndicats et l'Union des Syndicats médicaux. Le législateur devra en effet prendre l'avis des compétents, et nul ne contestera que le praticien ne puisse avoir à cet égard une opinion autorisée.

Mais voyez un peu comme tout cela se simplifierait si le pharmacien était en même temps médecin, selon la conception que nous avons à différentes reprises exposée et défendue dans le *Concours* !

Tel n'est pourtant pas l'avis de M. MOULIETS, président de la Fédération des pharmaciens du Sud-Ouest et du Centre. Dans un long éditorial de la *Presse dentaire* (1) il s'étend avec force détails sur la crise de la pharmacie et se déclare partisan forcené de la *démédicalisation* des écoles de pharmacie, en opposition avec la tutelle médicale : « Amis des médecins, nos frères nº 1 dans l'art de guérir, leurs justes collaborateurs avec le nº 2, dans une entente saine et confraterneile,tant qu'on voudra ; leurs cendrillons...... Jamais de la vie ! Le temps n'est plus de répéter : *pharmacia ancilla medicinæ* ; chacun à sa place, pour l'enseignement, comme pour l'exercice, et les malades seront mieux gardés. Nous voulons être potards autonomes ! »

Hé ! voilà bien le hic ! C'est que messieurs les pharmaciens ne se tiennent jamais à leur place.

Que celui qui, ayant officine ouverte à tout venant, ne donne pas une consultation avec une prescription, au moins une fois par jour, lève la main ! D'ailleurs nous nous empressons d'ajouter et nous l'avons déjà écrit ailleurs, que les mœurs sont ainsi faites, qu'il leur est difficile de faire autrement. Mais il y a la manière....

M. Mouliets, constatant le ralentissement considérable du recrutement des écoles de pharmacie, ajoute : « La seconde (cause) réside dans la .... crise où nous barbotons, grâce à l'encombrement, à la concurrence outrancière, à la commercialisation éhontée, au rabais, au remède secret, à la dichotomie, au compérage, etc. Le métier ne nourrit plus son homme. Il fallait songer .... à relever le côté matériel de cette profession que tant de choses ravalaient. Et voilà pourquoi nous réclamons encore la *limitation du nombre des officines et un tarif officiel des médicaments....* Nous n'en persistons pas moins à réclamer la limitation officielle pour une meilleure répartition territoriale des pharmaciens..... »

Tout cela est assez conforme à ce que nous pensons nous-mêmes. Mais nous ne saurons assez le répéter : pour nous, la solution de la crise ne réside pas dans l'accentuation du dualisme médico-pharmaceutique, mais au contraire dans la fusion des deux professions en une seule, des deux diplômes en un seul. C'est à cela que nous devrions tendre dans l'un et l'autre camp, quelque révolutionnaire que puisse paraître un tel projet. Et encore, ce n'est pas de révolution qu'il faut parler ici, mais bien d'évolution. Le mouvement, sans en avoir l'air, est commencé : médecins qui appliquent eux-mêmes leur traitement, pharmaciens qui cultivent les sciences

(1) Janvier 1914, nº 1, p. 3.

biologiques, dans des laboratoires annexes du lit du malade.

Vous verrez qu'un jour viendra, peut-être plus prochainement qu'on ne suppose, où ce qui peut paraître aujourd'hui en irréductible opposition, se fondra intimement, et que sera réalisé cet unicisme professionnel, dont, pour notre part, nous demeurons le fervent partisan.

G. D.

LES HONORAIRES MÉDICAUX

La condamnation du forfait.

Au moment où les assureurs entreprennent une nouvelle campagne en *faveur du forfait* et *contre le Libre choix*, nous soumettons à nos lecteurs les opinions de quelques membres du Parlement. Ces opinions s'élèvent formellement contre le forfait : elles sont empruntées à l'*Officiel* où chacun pourra les contrôler :

ANNÉE 1901,

(*Page* 1118).

M. Albert POULAIN. — Je demande à la Chambre de vouloir bien remplacer le deuxième paragraphe de l'article 4 par le texte suivant :

« La victime ou ses représentants ont seuls qualité pour faire choix du médecin et du pharmacien. Le chef d'entreprise n'est tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence des prix moyens établis par les usages locaux pour les visites de médecin et la pharmacie. Au cas où la blessure exige une opération ou le concours d'un autre praticien désiré par le médecin choisi, les frais résultants sont à la charge du chef d'entreprise. »

Je m'arrête ici en ce qui concerne ce paragraphe, et je soutiendrai ce texte en quelques mots.

J'ai remarqué — et certainement beaucoup d'entre nous ont été à même de le remarquer également — que le texte de loi en vertu duquel l'ouvrier est libre de choisir son médecin cache une inégalité. Un ouvrier peut, en vertu de la loi, choisir son médecin ; mais alors, il doit payer la différence entre le prix fixé par le médecin qu'il veut prendre et le tarif des frais médicaux établi par le service de l'assistance médicale dans le département. C'est une façon d'empêcher le blessé de choisir son médecin ; il sera donc obligé de prendre le médecin qu'on lui désignera.

Voilà un premier fait qui ne comporte aucune contradiction. Mais il en est un autre plus grave. Je demande à la commission et à tous mes collègues de vouloir bien me prêter quelques instants de leur bienveillante attention, pour me permettre de l'exposer.

M. MASSABUAU. — Je demande la parole.

M. Albert POULAIN. — Il y a une autre remarque à faire ; il faut dire les choses comme elles sont : le tarif établi, le médecin, par l'exercice même de sa profession, regarde les malades non plus comme des hommes qui souffrent, mais comme des clients ; il leur donne son dévouement, sa science ; mais comme il est payé d'après un tarif fixe de 15 ou 20 fr., l'ouvrier à un moment donné, quand le traitement est de longue durée, devient une charge pour lui et il s'ensuit que la compagnie d'assurances, sans l'avoir écrit, sans en avoir parlé au docteur qu'elle aurait certainement révolté, incite les médecins à soigner les blessures dans des conditions déplorables. Il n'y a pas un médecin en France qui ne proteste contre cette situation et qui, si la Chambre adopte ma proposition, n'applaudisse à ce vote. Il suffit d'inscrire dans la loi que, seuls, le malade ou ses représentants auront le droit de choisir le médecin.

M. MASSABUAU. — Nous sommes d'accord.

(*Page* 1119.)

M. Albert POULAIN. — Je remercie la commission de s'être mise d'accord avec moi sur ce point.

J'arrive à un autre passage ainsi conçu : « En aucun cas, sauf pour les soins immédiats au moment de l'accident, le chef d'entreprise ne peut offrir d'autres soins médicaux et pharmaceutiques que ceux des établissements hospitaliers. »

Je précise par cet alinéa les explications que je vous donnais en demandant qu'il ne soit pas permis aux compagnies d'assurances de prendre des médecins par abonnement. Cette pratique est une injure à la liberté des individus et en même temps une tentative, je ne dirai pas malhonnête, mais trop adroite pour essayer de se décharger d'une partie tout au moins, des frais entraînés par le traitement des blessures.

C'est pourquoi je demande que la loi dise nettement que le chef d'entreprise, en dehors des soins immédiats au moment de l'accident, ne peut pas imposer *ou proposer un médecin* ; c'est à la victime de choisir son médecin. Peut-être va-t-on dire : « La victime peut quelquefois faire un mauvais choix. » Cela la regarde. Vous savez tous qu'en ce qui concerne les soins médicaux, *le facteur primordial de la guérison ou tout au moins du bien-être moral pour un malade c'est la confiance dans le médecin.* L'ouvrier sait pertinemment quel médecin, dans la localité, a sa confiance ; il le choisira, et alors vous empêcherez les compagnies d'assurances d'user d'un abonnement que je trouve scandaleux en l'occasion.

M. MASSABUAU. — Parfaitement ! c'est pourquoi je disais que je ne comprenais pas les crain

tes de M. Poulain ; il me semble qu'il me serait facile de calmer ces craintes relatives au choix du médecin ; je voudrais à ce sujet poser une question à M. le rapporteur et à M. le président de la commission. L'article 4 dit que la victime peut toujours faire choix elle-même de son médecin ; je voudrais demander dans quelle limite il peut faire son choix. Est-ce seulement dans la localité ? Peut-il aller dans la commune voisine, dans le canton voisin, ou plus loin ? Il est clair, comme le dit M. Poulain, que s'il ne peut choisir que dans la localité elle-même, le choix peut être illusoire. Il peut n'avoir pas le choix entre le médecin de la compagnie et un autre.

Il me paraît que si la commission ne veut pas dire que le choix doit s'exercer dans un rayon assez étendu, il serait nécessaire de le préciser par un amendement. Je proposerai alors un texte disant que la victime peut toujours elle-même choisir son médecin et son pharmacien dans le *canton de son domicile*, en précisant qu'elle ne pourra pas aller chercher son médecin à Quimper-Corentin quand elle sera à Paris, mais qu'elle pourra se rendre dans la commune voisine. On sauvegardera ainsi le droit de l'ouvrier qui ne prendra pas un médecin qui sera sous la coupe ou du patron ou de la compagnie.

M. Albert POULAIN. — Cela n'a jamais été en discussion.

M. le comte DE BOURY. — Pourquoi cette restriction ? Il y a des cantons ruraux qui n'ont pas de médecins et d'autres qui n'en ont qu'un seul (*Très bien ! très bien !*)

M. MASSABUAU. — Il est bien entendu qu'il n'y a pas de limite au choix de l'ouvrier et qu'il peut aller chercher son médecin et son pharmacien partout où il lui plaît.

M. le comte DE BOURY. — C'est ce qui est établi dans les départements par les Conseils généraux pour l'assistance médicale gratuite.

M. MASSABUAU. — Je n'insiste pas. C'est le point que je voulais faire préciser en réponse à l'objection de M. Poulain.

M. le Rapporteur. — Je suis tout à fait d'accord avec lui ; j'ai sur les sentiments charitables de ces compagnies la même opinion ; ce sont des êtres collectifs, qui n'ont pas plus de cœur qu'un coffre-fort.

Vous protestez contre le système d'abonnement par lequel les compagnies d'assurances organisent leur service médical dans les communes...

M. Albert POULAIN. — Il est immoral !

M. le rapporteur... et vous le tolérez pour les départements qui l'organisent dans un grand nombre de cas !

M. Louis RICARD, *président de la commission* (*de sa place*). — Je voudrais montrer à la Chambre la différence qui existe entre la situation créée par notre nouveau texte et la situation ancienne.

L'article 4 de la loi du 9 avril 1898, dans son paragraphe 1er, qui a été voté sans discussion par la Chambre, dispose : « Le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. » C'est-à-dire qu'en principe, lorsque nous avons discuté la loi du 9 avril 1898, nous avions pensé que le chef d'entreprise devait, non seulement fournir à l'ouvrier une indemnité pendant le temps où il était resté malade, mais, en outre, donner à cet ouvrier les moyens de se soigner et de se guérir.

Dans la pensée des auteurs de cette disposition, c'était une obligation qui incombait au chef d'entreprise, c'était en quelque sorte un des soins inhérents à sa charge.

La pratique nous a démontré qu'en présence surtout des inconvénients signalés par M. Poulain de *ces sortes d'abonnements* qui existent, en effet, de la part des compagnies vis-à-vis d'un certain nombre de médecins, les ouvriers ne paraissaient pas, dans le texte de la loi, avoir un droit, assez nettement établi, de choisir leur médecin. Nous avons voulu affirmer plus nettement le principe qui existait déjà dans l'ancien texte. L'ouvrier a le droit absolu de choisir son médecin et son pharmacien.

En somme, notre texte permet de parer à tout ce qui paraît légitime. Nul d'entre nous ne peut approuver ni recommander les combinaisons faites entre compagnies d'assurances et certains médecins en vertu desquelles on paye un abonnement d'un chiffre généralement peu élevé pour tous les accidents, quelle qu'en soit la gravité.

(*Page* 1123)

M le président — La parole est à M Dron.

M Gustave DRON. — Vous permettrez à celui qui depuis huit ou dix ans, dans cette Chambre et dans la commission du travail, *a le plus insisté pour que l'ouvrier ait toujours le droit de choisir son médecin*, de s'étonner de la discussion qu'on vient de soulever à cette tribune.

Pour le surplus, elle a bien fait de confirmer nettement le droit de l'ouvrier de choisir son médecin, droit que la précision du texte ne permettra à personne de contester. (*Très bien ! très bien !*)

ANNÉE 1913.

(*Officiel*, 20 *juin* 1913, *P.* 2043 *et suiv.*)

M. Adrien CONSTANS. — Le tarif forfaitaire dont vous parliez n'offre pas de garantie suffisante à l'accidenté.

M. Paul BEAUREGARD. — Nous discuterons ce point plus tard, mon cher collègue. J'indiquais ce remède, on peut en trouver d'autres.

M. Adrien CONSTANS. — -..., Si vous avez affaire à un médecin peu consciencieux ce méde-

cin touchera et ne soignera pas l'accidenté. Ce sera donc l'accidenté qui aura à souffrir de cette situation.

M. Paul BEAUREGARD. — Dans ce cas on raye le médecin de la liste.

M. MAUGER. — Alors il n'y a plus qu'un remède, faire des médecins des fonctionnaires. (*Mouvements divers*).

M. Adrien CONSTANS. — C'est ce que vous faites avec le tarif forfaitaire, et c'est contre cette conséquence que je proteste.

ANNÉE 1913

(*Officiel*, 26 *juin* 1913, *P.* 2218 *et suiv.*)

M. PEYROUX.— Comme remède aux abus médicaux, M. Beauregard nous a demandé d'admettre la possibilité du tarif forfaitaire, appliqué aussi bien à la loi des accidents du travail qu à là loi des maladies professionnelles.

A mon sens — *et je suis d'accord avec M. le rapporteur — le tarif forfaitaire ne saurait être admis, et voici pourquoi.* A l'heure actuelle, avec le tarif ordinaire, ce sont les compagnies d'assurances qui disent que les médecins abusent des visites. Qu'arrivera-t-il avec le tarif forfaitaire ? Quelque brave homme qu'il soit, l'ouvrier trouvera qu'on ne le visite pas assez et, alors que le médecin ne sera plus blâmé par la compagnie, tout de suite il pourrait l'être par l'ouvrier.

Autre inconvénient beaucoup plus grave. Le tarif forfaitaire étant très réduit, il arrivera quelquefois que le médecin ne donnera pas au blessé tous les soins que celui-ci voudrait ; la compagnie d'assurance profitera de cette circonstance pour canaliser son blessé vers l'hôpital, où il va déjà assez souvent occuper les lits de l'assistance publique (*Très bien* ! *très bien* !) au détriment de nos finances et au profit des finances des compagnies d'assurance. Voilà la deuxième raison pour laquelle je m'oppose au forfait.

Il y en a une troisième. Je m'oppose au forfait parce que le tarif Dubief, que vous connaissez, n'est déjà pas tellement élevé que nous puissions encore essayer d'imposer aux médecins un tarif de misère, alors que la profession, de plus en démocratisée, exige que celui qui la pratique gagne sa vie à l'exercer. (*Très bien* ! *très bien* !)

ANNÉE 1913.

(*Officiel*, 4 *juillet* 1913, *P.* 2395 *et suiv.*)

M. BARTHE. — La seule sauvegarde des blessés, c'est le libre choix du médecin et du pharmacien. C'est elle que je défends contre les médecins et les pharmaciens imposés par les compagnies d'assurances et les patrons ! Je vous indique que s'il y a des médecins dont le Parlement doit se méfier, ce sont ceux qui, en d'autres termes, abandonnent leur liberté pour devenir des salariés des compagnies financières et des capitalistes. (*Très bien* ! *très-bien* ! *à l'extrême gauche et sur divers bancs à gauche*).

J'ai démontré qu'il est indispensable de conserver la liberté du choix à l'ouvrier. Déjà, à l'heure présente, avec cette liberté, il est souvent victime de certains abus. Si on enlevait à la loi de 1898 ce qui fait sa force, l'ouvrier serait livré pieds et poings liés aux compagnies d'assurances et aux patrons. (*Applaudissements sur les mêmes bancs*).

M. Paul BEAUREGARD.— Vous n'avez pas besoin de me le démontrer.

M. BARTHE. — Ce n'est pas tout. Pour augmenter l'importance des frais médicaux et pharmaceutiques, les compagnies ont recours à un subterfuge : elles y font figurer — dit le rapport officiel, page 1571 : — « les honoraires des médecins, et les dépenses de pharmacie, les frais d'hospitalisation et le plus souvent les frais d'expertises et certains frais de règlement. »

Les compagnies font donc figurer, dit le ministre, dans la colonne qui a trait aux frais médicaux, certaines dépenses ou certaines augmentations qui n'ont pas trait au service médical. C'est un véritable parti-pris de leur part, nous en trouvons la preuve dans un rapport d'un de vos prédécesseurs, monsieur Chéron ; il a écrit, en effet, la phrase suivante qui éclairera le débat : « Il a été reconnu par le service de contrôle que certaines sociétés effectuent des passations d'écritures critiquables dans le but de grossir le chiffre des dépenses pharmaceutiques et médicales. » Cela signifie, en bon français, que les compagnies d'assurances qui, depuis longtemps, mènent une campagne pour enlever à l'ouvrier la liberté de choisir son médecin et son pharmacien, passent des écritures irrégulières, commettent de véritables faux pour augmenter le chiffre de leurs dépenses pharmaceutiques et médicales.

M. DOIZY. — Et nous en arrivons à voir des hommes comme M. Villemin, président de la Chambre syndicale des entrepreneurs de maçonnerie, réclamer, dans le but de voir mettre fin à ces abus, tout simplement le droit de choisir le médecin-traitant par celui qui doit le payer. Au déjeuner des industriels de février 1908, M. Paulet, qui était alors directeur de la prévoyance sociale, répondit à M. Villemin que, selon lui, il n'avait pas fait le procès de la loi de 1905, mais seulement le procès des abus auxquels elle a donné lieu. Il est tout à fait d'accord, ajoute-t-il, avec le président de la Chambre syndicale pour reconnaître qu'il importe de remédier sans retard à ces abus que personne ne saurait défendre. Il faudrait, si vraiment la loi pénale ne permet pas de poursuivre les simulateurs et leurs complices — ce dont il n'est pas certain — étudier et obtenir l'application de sanctions efficaces.

Il croit qu'on pourrait obtenir des médecins honorables un utile concours pour disqualifier les médecins qui se font les complices des simulateurs.

M. le rapporteur. — C'est tout à fait exact. Si le patron paye de son argent, l'ouvrier payerait de sa vie le refus du libre choix du médecin.

Je crois que cela ne peut pas entrer en balance.

M. MAUGER. — Le libre choix ne doit pas être mis en cause.

M. BARTHE. — Même avec la liberté, l'ouvrier est dupe.

M. DOIZY. — Cette disqualification par les médecins honnêtes, que réclamait M. Paulet, ne s'est pas fait attendre.

Ainsi que le disait notre collègue, M. Leblond, il ne faut pas généraliser et mettre sur le même pied toutes les compagnies d'assurances, mais je puis bien dire que toutes les compagnies d'assurances n'ont qu'un but : faire des bénéfices. Il faut à la plupart d'entre elles des hommes-liges, elles les ont trouvés dans les médecins marrons de la première catégorie, dits médecins patronaux.

Evidemment, ces médecins ont voulu obtenir la clientèle complète et entière des compagnies d'assurances : ils ont, pour cela, fait un sacrifice apparent. Ils ont consenti une ristourne, mais cette ristourne porte un nom spécial, sous lequel elle passe inaperçue et qui lui donne même un air d'honnêteté : c'est le forfait.

Le forfait consenti n'est, en effet, qu'une ristourne. Je sais que l'article 4 de la loi des accidents du travail ne joue que lorsque la victime fait choix elle-même de son médecin ou de son pharmacien, que c'est seulement dans ce cas que le chef d'entreprise ne peut être tenu des frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton et suivant un tarif spécial, le tarif Dubief.

C'est à cette masse ouvrière qu'il faut que vous pensiez. Elle est aussi inquiète que ses médecins. Elle sait que le libre choix n'est possible qu'avec des praticiens indépendants.

***

A ces appréciations si nettes de quelques membres du Parlement, nous ajouterons celles de notre excellent confrère belge, le Dr DEJACE. Dans le numéro du *Scalpel* du 28 décembre 1913, le Dr Dejace consacre un article « à l'assurance contre la maladie. » Nous en extrayons les lignes qui vont suivre et qui ont une portée générale :

« La concordance entre le désir très naturel des médecins de conserver leur liberté professionnelle et le droit légitime du malade de confier le soin de sa santé au médecin de son choix, nous engage à étudier les divers moyens d'arriver à une solution satisfaisante du service médical en vue de l'assurance contre la maladie. . . . .

. . . .

« *Le salaire médical suit une courbe inverse de celle du travail.* En un mot, plus le travail augmente, moins le salaire est rémunérateur. . . . . .

. . . .

« A première vue, il n'y a pas antinomie formelle entre le libre choix et le système de la rétribution du service médical par capitation.

« N'empêche qu'un vice rédhibitoire annihile les avantages financiers de ce système. Il conduit à un paradoxe en matière de salaire . . . .

. . . .

« De multiples systèmes ont été préconisés pour concilier les intérêts des mutualités, des mutuellistes et des assurés. Aucun ne vaudra jamais celui du droit commun. La clientèle payante se plaint-elle d'être exploitée par les médecins ? . . .

. . . .

« Notre intérêt matériel légitime est d'exiger le paiement intégral de nos vacations . . . .

. . . .

« La remise des notes médicales et leur visa par l'Union médicale est une véritable œuvre de prophylaxie. Supposons un médecin abusant de manière outrageante des facilités laissées à la multiplication des visites inutiles, il ne faudra pas un an pour que ses manœuvres soient percées à jour.

« S'il est assez facile d'abuser de l'inexpérience des mutualistes en matière de soins médicaux, il n'est pas aussi aisé de bluffer devant ses pairs et de tromper un aréopage de médecins sur les rapports normaux à établir entre la gravité d'un cas et le chiffre des vacations qu'il a nécessitées. Un simple avertissement suffira souvent à réprimer les velléités d'abus, contre lesquels les mutualités ont cherché à s'armer par les tickets, les carnets, les livrets, etc . . . .

. . . .

« Le comité d'arbitrage et de conciliation aurait à examiner les plaintes formulées par les assurés contre le service médical aussi bien que les plaintes des médecins contre tout acte de pression exercée sur les assurés . . . .

« Cette attitude n'est-elle pas la meilleure preuve du souci marqué par la Fédération médicale de conserver à notre profession l'estime et le respect de tous, tout en défendant avec la plus tenace énergie la situation matérielle des praticiens qu'elle ne veut pas voir ravaler au rang d'entrepreneurs à forfait de secours médicaux ? »

***

Opinion de M. Mesureur, directeur de l'A. P. sur le forfait.

Pour terminer cette étude documentaire, nous livrerons à la réflexion de nos lecteurs quelques phra-

ses du discours de M. Mesureur, Directeur de l'A. P. au banquet des médecins des bureaux de bienfaisance. (27 nov. 1913.) (1). . . . .

« Il y a certainement quelque chose de défectueux dans votre organisation ; c'est d'abord une inégale répartition des charges et des bénéfices entre vous.

« Mon raisonnement sera plus sensible, plus clair si vous me permettez de citer quelques chiffres : certain médecin a fait dans le cours de l'année 2057 visites, c'est un maximum qui constitue une charge fort lourde, cela pourtant a été constaté dans un arrondissement ; dans un autre arrondissement les visites ont été de 131 pour un médecin, c'est un minimum, il est vrai, mais ce sont des chiffres qu'il est bon de donner pour faire apparaître à vous-mêmes qu'il y a là un vice d'organisation, une mauvaise et inégale répartition du travail. . . . .

« Je me permets d'attirer votre attention sur ce point, car la conséquence éclate à tous les yeux : vous avez un traitement fixe, c'est, je le proclame, une indemnité ridicule à côté des services que vous rendez ; or il arrive que le minimum de revenu de chaque visite pour le médecin qui en a fait le plus a été de 0,97, chiffre qui n'est digne ni de vous, ni de nous, alors que le maximum de rétribution a dépassé un peu la mesure : des médecins ont reçu 10 fr. 27, 11 fr. 11 et 11 fr. 45 par visite.

« Ne pourrions-nous rechercher d'un commun accord une plus juste répartition du travail et des charges très lourdes que l'Assistance médicale vous impose, pour arriver à une meilleure organisation et à plus d'équité dans l'indemnité qui vous est due, et dans la mission que vous avez à accomplir ?

« Vous ne m'en voudrez pas de vous parler de choses aussi sérieuses dans cette fête confraternelle, mais c'est le seul moment dans l'année où nous puissions causer ensemble.

« Il est un autre point qui me touche et qui doit attirer toute votre attention, qui pourrait aussi faire l'objet de vos études et des nôtres ; c'est la brièveté du traitement à domicile. Si Votre Association voulait étudier cette question avec nous, nous pourrions arriver sans doute à des résultats meilleurs.

« La moyenne des visites par malade dans un arrondissement tombe à un chiffre véritablement infime. Cette moyenne minimum de visites par malade dans un arrondissement a été de 1,10 visite par malade, le maximum a été atteint dans un arrondissement par 4,87 visites par malade.

« Il ne faut pas être grand clerc, ni même appartenir à l'académie de médecine pour conclure que l'Assistance médicale à domicile ne soigne que très rarement de longues maladies et qu'il arrive que vous vous trouvez amenés, par une suite de circonstances indépendantes de votre volonté, circonstances que nous aurions le devoir d'analyser, à renvoyer le malade sérieux à l'hôpital, alors que le but, l'idéal, serait au contraire de retenir le malade au foyer familial. »

(1) Pages 16, 17, *Bulletin* de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance (janvier 1914.)

Dans l'étonnement de M. Mesureur, ne voyons-nous pas comme un appel à une modification qui serait tentée en faveur du libre choix et contre le forfait, et ne trouvons non pas, dans ses paroles, la preuve, par l'exemple, du bien-fondé de la formule chère à Dejace : « Le salaire médical suit une courbe inverse à celle du travail ? »

Puisque nous causons de nos confrères du Bureau de Bienfaisance, nous ne pouvons résister à la tentation de citer les lignes suivantes extraites de leur *Bulletin* (1913, décembre, pages 214-215) :

« Ce certificat médical obligatoire avant les couches (1) devant être rétribué, il ne peut pas paraître injuste que le médecin des Bureaux de bienfaisance, qui donne souvent ses soins dans des conditions modestes, puisse en bénéficier.

Comme conclusions, je vous proposerais donc, si la Société est de cet avis, d'émettre un vœu indiquant le désir de la Société des médecins des bureaux de Bienfaisance de voir confier aux médecins de l'Assistance médicale le soin de l'établissement du certificat médical relatif à l'allocation d'assistance des femmes en couches. »

Puisque le certificat médical obligatoire avant les couches doit être rétribué, il est parfaitement légitime que nos confrères soient honorés de ce chef. Mais, vraiment, ne pourrait-on demander pourquoi tout médecin français, régulièrement diplômé, ne pourrait être appelé à délivrer un certificat dans les circonstances énoncées plus haut, circonstances particulières entre toutes, où le libre choix ne devrait pouvoir être discuté ?

Dr DIVERNERESSE.

DÉONTOLOGIE

Cas de conscience

Nous avons reçu la lettre suivante :

Comme il n'a pas été encore publié de réponse au « Cas de conscience » posé dans le n° 1 (1914) du *Concours médical*, p. 32-XVI, nous nous permettons de vous envoyer notre avis à ce sujet.

(1) Il s'agit de la loi sur le repos des femmes en couches et du certificat qu'elle exige.

1° Lorsque soit le malade, soit l'entourage demande à être renseigné sur la situation exacte, l'un ou l'autre peut avoir à prendre des mesures matérielles ou religieuses, dont le médecin est *ou n'est pas* informé ; il est donc du devoir absolu du praticien de répondre, certes avec tous les ménagements possibles, mais en tous cas, de façon absolue, précise et *vraie*.

2° Celui qui place sa confiance dans un médecin, le *paie* pour être soigné et quelques fois plus, pour être renseigné ; c'est donc trahir une confiance et, en dépit des excellents motifs qui peuvent influencer, percevoir à tort des honoraires, que de ne pas répondre ou répondre de façon erronée à une question précise.

3° Enfin, à n'envisager que le bien moral et physique du malade, l'administration des derniers Sacrements à un moribond est la manière la plus douce de lui apprendre que l'heure est venue de régler sur terre toutes choses qu'il avait pu remettre à ce dernier moment (recommandations, secrets, dettes, pardons, etc.), puisqu'elle compense la dure nouvelle, par l'apport de la paix spirituelle, et l'espérance d'une vie nouvelle et du revoir de ceux que l'on quitte. Cette quiétude morale peut même être un adjuvant précieux aux forces physiques pour triompher du mal.

En résumé, il nous semble que dans le cas particulier, au point de vue déontologie pure, honnêteté professionnelle et humanitaire, le médecin doit prévenir du danger très grave *probable*, et si l'entourage désire faire remplir au malade ses devoirs religieux, approuver cette mesure. Elle doit même être conseillée, si l'entourage n'y pense pas, et que l'on sache que le moribond eût désiré recevoir les secours spirituels.

Recevez, etc.,

Dr Henri Bon. Dr Jeanne Bon.

Tout en respectant les convictions sincères de nos honorables correspondants, nous nous permettrons de n'accepter leurs opinions sur la question pendante, qu'avec certaines réserves :

1° A notre avis, forts de 21 ans d'expérience et de celle de nombre de nos confrères et de nos parents médecins avec lesquels nous avons longuement discuté sur ces délicates questions, le médecin n'est pas tenu de donner aux parents et surtout au malade, même avec tous les ménagements possibles, une réponse précise et vraie sur la probabilité de la fin prochaine. D'abord parce que le médecin est comme tout homme un être essentiellement faillible, et qu'une erreur possible en pareil cas aurait de trop cruelles conséquences. Ensuite, parce qu'on ne saurait poser à ce sujet de règles générales ; tout consiste ici en questions d'espèces, et le tact et la conscience du médecin digne de ce nom, doivent seuls guider sa conduite.

Un praticien peut évidemment faire envisager la probabilité d'une mort prochaine à un homme énergique, père de famille, qui désire mettre ordre à ses affaires avant de disparaître pour sauvegarder les intérêts des siens. Il ne saurait sans cruauté éteindre la faible lueur d'espoir chez un malheureux que l'idée seule de la mort terrifie. Il n'est pas un médecin qui n'ait sur la conscience une foule de ces pieux mensonges qu'aucun homme compatissant n'oserait lui reprocher ;

2° Nous aurions aimé à ne pas voir survenir dans un cas de conscience aussi délicat la question d'argent. Nos honorables correspondants écrivent : « Celui qui place sa confiance dans un médecin, le *paie* pour être soigné et quelques fois plus, pour être renseigné, etc. »

Dussions-nous paraître bien vieux jeu, nous répliquerons que le médecin n'est pas *payé* mais *honoré*. Si nous avons, Jeanne, Chapon et nous, établi des tarifs d'honoraires, et calculé le prix de revient de la visite du médecin, ce n'est pas pour rabaisser notre profession à un vulgaire commerce ou à une misérable industrie, c'est pour répondre à ceux qui, comme les mutualistes, prétendent que le médecin doit se contenter de salaires de famine, et pour guider nos confrères dans l'acte difficile qui consiste à apprécier la valeur de leurs soins.

On ne paie pas le médecin, car, si on le payait, l'argent qui lui serait remis serait de l'argent mal acquis quand son intervention n'aurait eu aucune utilité, ce qui arrive plus d'une fois, avouons-le, au cours de l'exercice de notre art. On ne paye pas le médecin, car si on le payait, on ne lui donnerait jamais assez dans les cas rares mais indiscutablement certains, où il sauve l'existence d'une personne pour qui la vie, malgré sa fortune, est le bien le plus précieux.

On ne paye donc pas le médecin, on l'honore, et le médecin ne doit à son malade que ce que sa conscience lui dicte de lui donner. Le malade qui a réellement confiance en son médecin, ne lui donne cette confiance que parce qu'il est convaincu que ce dernier agira au mieux de ses intérêts ;

3° Le troisième avis de nos honorables correspondants est d'un ordre trop spécial et trop délicat pour nous permettre de le discuter. Il s'adresse aux hommes de foi et la foi, par définition, repousse la discussion.

Sans faire le plus petit grief à ce qui est ici dicté à nos correspondants par une conviction sincère, nous nous permettrons de donner notre avis, à nous, qui est simplement basé sur le respect absolu de toutes les croyances et sur la tolérance la plus large.

Nous pensons que le médecin, en présence d'un malade, doit faire absolument abstraction de ses propres opinions et de ses propres croyances.

Il doit mettre sa science, son art et sa conscience au service de son malade et il doit être suffisamment psychologue pour reconnaître le degré

de sincérité des questions qui lui sont posées. Il n'a pas à préjuger du résultat que pourront produire sur son malade les secours spirituels de sa religion. Il doit donner le conseil d'y avoir recours, si le malade lui a formellement demandé.. de l'avertir de l'heure où ces secours peuvent être opportuns, ou si une personne de la famille ou de l'entourage du malade, *personne digne de toute sa confiance*, lui affirme qu'à diverses reprises le malade a exigé qu'on le renseigne à temps sur la nécessité de remplir les devoirs ultimes qu'il considère comme indispensables à son salut.

Et nous conclurons :

Aucune règle déontologique ne peut obliger le médecin à renseigner le malade, ni son entourage, sur la probabilité d'une fin prochaine.

Le médecin doit agir *en conscience* et selon les cas. Il ne doit jamais oublier que s'il guérit rarement, s'il ne soulage que quelquefois, *il doit consoler toujours*. Son rôle doit se borner auprès du moribond à ce pieux devoir de consolateur.

Je termine en citant Corneille :

Et si Rome demande une vertu plus haute,
Je rends grâces aux Dieux de n'être pas Romain
Pour conserver encore quelque chose d'humain.

J. Noir.

CHRONIQUE SYNDICALE

Le Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys et l'assistance médicale gratuite.

Les dépenses du service d'assistance médicale gratuite dans le département de l'Eure croissant d'année en année, la question a vivement ému l'Administration et le Conseil général du département de l'Eure qui lui a consacré presque toute la séance du 16 avril 1913. Dans cette séance, les médecins de l'Eure ont été vivement pris à partie, et des doutes ont été parfois émis sur la légitimité de leurs notes d'honoraires : c'est pour répondre à ces doutes que le Syndicat des médecins de l'arrondissement des Andelys publie les considérations suivantes.

Le rapport de Monsieur l'Inspecteur de l'assistance publique dans l'Eure constate que les dépenses de l'*Assistance médicale gratuite* dans le département de l'Eure, comme du reste de la France entière, ne font qu'augmenter; bien que « installé depuis 17 années, ce service devrait être arrivé à produire son plein effet. »

Augmentation dn nombre des assistés soignés.

Le nombre des assistés soignés est passé de 9.096 en 1910 à 10.304 en 1911, et 11.249 en 1912.

Ses causes.

La population est « en voie de décroissance » c'est vrai, mais en même temps elle est en voie d'appauvrissement, les idées d'épargne et d'économie qui avaient cours autrefois ne sont plus guère en honneur, la facilité plus grande des déplacements, la tentation des achats au comptant ou à terme avec primes, la connaissance de plus en plus étendue des secours de toutes espèces que les lois dites sociales ont mis à la dispositon des malheureux, lois que les candidats aux fonctions électives ont soin de rappeler pour s'en glorifier et s'en attribuer le mérite, toutes ces raisons et bien d'autres encore font que de plus en plus nombreuses sont les personnes qui croient avoir droit aux secours de l'assistance médicale gratuite. L'ouvrier qui vit de son salaire journalier ne fait plus d'économies ; ce qui n'est pas employé pour sa nourriture, celle de sa femme et de ses enfants, s'il en a, son loyer, est dépensé dans les cafés, dans les fêtes et dans les théâtres ambulants : vienne la maladie, pour peu qu'elle dure plusieurs jours, il faudra faire appel à l'Assistance.

Le Conseil général ne pense pas que le médecin pourra seul remédier à ce défaut de prévoyance de l'ouvrier. Le maire, sollicité par l'ouvrier ou par sa famille, ne pourra pas non plus refuser les secours de l'Assistance, et c'est là surtout ce qui fait augmenter le nombre des assistés soignés chaque année et par suite les dépenses d'assistance.

Etablissement des listes d'indigents.

Assurément, le fait d'être inscrit d'avance sur les listes de l'Assistance au commencement de l'année peut inciter quelques personnes à réclamer sans nécessité prouvée des secours médicaux dans le courant de l'année ; c'est l'histoire des crédits affectés à certains services et qu'on dépense sans nécessité réelle, de peur que ces crédits non employés ne soient rayés à l'exercice suivant. Peut-être y aurait-il lieu de supprimer, ou tout au moins de réduire considérablement ces inscriptions sur les listes dressées au commencement de l'année et de laisser les maires libres d'inscrire d'urgence, ce qu'ils font déjà souvent, sauf à en référer à la commission d'assistance quand le cas ne leur paraît pas urgent ou quand le postulant semble avoir des ressources qui ne justifient pas son inscription. Mais croire que ces quémandeurs « par leur effort personnel » pourraient « éviter de faire appel à la société », c'est se leurrer absolument. Sans parler de l'absence de dignité que la misère et l'alcool impriment à tous ceux qui en sont touchés, il y a une raison, l'envie, qui anéantit l'effort personnel. Les médecins entendent tous les jours ce raisonnement, « on admet bien un tel, pourquoi

ne m'admettrait-on pas, je suis bien plus malheureux que lui ! »

La dette alimentaire. Le rôle des maires.

Sans doute, il faudrait pouvoir plus souvent faire donner les soins nécessaires par les personnes tenues à « la dette alimentaire » (circulaire de M. le préfet du 23 octobre 1912). Pour cela, il faudrait obliger messieurs les maires à faire des enquêtes, à faire appel aux sentiments de reconnaissance des enfants vis-à-vis des parents ; il faudrait les autoriser à poursuivre les enfants qui se refusent à payer pour leurs parents, alors qu'ils sont dans la possiblilité de le faire. Mais quel maire voudra conserver des fonctions, déjà si lourdes, dans de telles conditions ?

Le rôle des médecins.

On comprend que les maires n'opposent qu'une faible résistance aux sollicitations de leurs électeurs. Ils sont forcés d'inscrire à peu près tous ceux qui demandent, et c'est de là que vient l'augmentation incessante du nombre des assistés, des soignés, et par suite des dépenses et non pas, comme on semble le croire et comme on l'a dit, des abus de visites commis par les médecins ; au contraire, et cela n'a jamais été dit au Conseil général, et n'a, en tout cas, pas été mis assez en relief, les médecins luttent plutôt contre les assistés qui voudraient des visites plus nombreuses, des médicaments plus abondants, qui cherchent à faire bénéficier toute la famille des consultations et des médicaments gratuits ; ils sont obligés constamment de démontrer l'inutilité de visites, de prescriptions plus fréquentes, d'insister sur la nécessité de faire des économies d'objets de pansements et de médicaments que les indigents gaspillent comme ils gaspillent l'argent de leur salaire, et certainement le corps médical, « conscient de faire son devoir », ne mériterait pas les insinuations et les menaces dont il a été l'objet dans la circulaire du 23 octobre dernier.

Limitation de la durée des feuilles de maladie. Les griefs contre les médecins.

Pour remédier à cette situation, l'Administration a proposé et le Conseil général semble avoir adopter le principe de limiter à quinze jours la validité des feuilles de maladie, menaçant de ne pas tenir compte aux médecins des visites portées sur une feuille de maladie périmée. L'article V du règlement porte que le médecin indiquera sur la feuille, par la mention « fin de maladie » que l'assisté n'a plus besoin de soins. Cette mention, pour être plus présente à l'esprit du praticien, pourrait utilement être imprimée sur la feuille de maladie et en gros caractères ; elle remplacerait avantageusement celle injurieuse et inapplicable qui dit que, en aucun cas, la feuille de maladie ne devra être emportée par le médecin ou la sage-femme. Nous savons tous que le contraire a lieu et, à la campagne du moins, il ne peut en être autrement. Le plus souvent les indigents n'ont pas leur feuille de maladie ou de consultation quand ils nous appellent, et nous ne sommes pas chez nous quand ils nous l'apportent à signer. Mais ce n'est pas parce que nous aurons leur feuille de maladie dans notre cabinet que nous inscrirons des visites qui n'auront pas été faites ! Le corps médical a encore plus de dignité qu'on ne le suppose ! Quant à prétendre que les médecins font des visites tant que leur moyenne n'atteint pas le chiffre maximum de dix francs par malade fixé par le conseil général, c'est en faire de trop bons calculateurs qu'ils ne sont pas pour la plupart ! Peuvent-ils savoir si le 3e ou le 4e trimestres ne seront pas plus chargés que les deux premiers et leur permettront de rester au-dessous de la moyenne ? Au reste, le tarif de l'assistance médicale est si peu rémunérateur que les médecins ont tout intérêt à faire le moins de visites possible hors de leur résidence.

Des sanctions.

Et si l'on a des preuves contre certains médecins, pourquoi l'Administration, éclairée par la commission de vérification, ne sévit-elle pas contre eux, au lieu de jeter la suspicion sur l'ensemble du corps médical ? Pourquoi aussi ne pas inviter les municipalités à nommer des contrôleurs ? Cela se fait bien dans la plupart des sociétés de secours mutuels et dans les compagnies d'assurances, et jamais les médecins n'ont trouvé à redire à cette institution. Cela vaudrait mieux que de jeter en bloc la suspicion sur une profession où l'honnêteté, la dignité, sont aussi nécessaires que le savoir et le dévouement. Il est pénible de constater que dans ces circonstances, c'est un médecin, conseiller général, qui a le plus chargé ses confrères.

Dépense totale du service d'assistance. Dépenses d'honoraires médicaux.

En fin de compte, si l'on examine la récapitulation des dépenses du service d'assistance médicale pour 1912 annexée au rapport de l'inspecteur départemental, on voit que, sur un total de 283.755 fr. 58 de dépenses, 75,597 fr. 45 seulement ont été consacrés aux honoraires des médecins contre lesquels a lieu une telle levée de boucliers et sur ces 75.597 fr. 45, 12.430 fr. 95 sont absorbés par l'indemnité kilométrique au taux ancien et dérisoire de vingt centimes par kilomètre parcouru « à l'aller seulement ! »

Dépenses pharmaceutiques. Dépenses d'hospitalisation

Les frais pharmaceutiques et d'appareils ont

absorbé 83.268 fr. 05 et les frais de traitement dans les hôpitaux 104.205 fr. 12.

C'est sur ces deux sommes, bien plus élevées chacune que les honoraires des médecins tant vilipendés, qu'il faut tâcher de réaliser des économies. Nous ne voulons pas demander à nos conseillers s'il ne serait pas possible d'en faire sur quelque autre chapitre du budget intéressant moins la santé des pauvres gens et susceptible d'avoir moins de retentissement sur la dépopulation tant déplorée.

Remèdes aux dépenses en médicaments.

Qu'on nous permette de citer au moins deux remèdes possibles à ces dépenses exagérées. Le premier consistera à inviter les médecins, non pas « à ne s'inspirer que de leur devoir », mais à relire très attentivement le tarif pharmaceutique de l'assistance, de façon à éviter de prescrire des médicaments d'un prix élevé, et il serait bon que, dans une nouvelle édition de ce tarif, les médicaments chers, quoique parfois indispensables, fussent imprimés en caractères épais ou soulignés de façon à attirer l'œil du praticien, à éveiller son attention, à l'inciter à l'économie dans la rédaction de son ordonnance.

Remède aux dépenses d'hospitalisation. Appel aux bureaux de bienfaisance.

Les frais d'hospitalisation constituent le plus gros morceau du budget de l'Assistance. Faut-il les déplorer si vivement, quand on lit les résultats de tant d'opérations pratiquées à l'hôpital de grand rattachement d'Evreux, qui ont rendu la santé à tant de blessés et au travail tant d'infirmes ? Mais si tous les hospitalisés n'ont pas profité des bienfaits de la chirurgie, s'ils sont entrés à l'hôpital pour mourir plus doucement que dans leur chaumière, sur leur grabat, la faute en est-elle aux praticiens qui n'ont pas su les y garder ? N'incomberait-elle pas plutôt à la Société qui oublie ses devoirs et qui finalement est obligée de subir par une augmentation de ses charges le juste retour de ses oublis ? Qu'a-t-on fait, que fait-on pour combattre les logements insalubres, pour loger plus sainement les familles pauvres et nombreuses ? Qu'a-t-on fait pour combattre le développement inouï de l'alcoolisme qu'on retrouve partout, influençant les plus lourds chapitres du budget départemental (assistance médicale, aliénés, enfants assistés, assistance aux vieillards) ? Si quelqu'un a fait réellement un effort pour lutter contre ces deux fléaux, qu'on le sache bien, c'est le médecin et lui seul. Il n'a pas attendu le vote de la déclaration obligatoire de la tuberculose pour inviter les malades à ne pas cracher par terre, à désinfecter leurs maisons souillées ; il n'a pas craint l'hostilité des débitants, la rancune des malades pour combattre par ses paroles et ses conseils le péril alcoolique. Et c'est lui encore qui interviendra pour inviter les administrateurs des bureaux de bienfaisance, dont les ressources ont augmenté récemment, à secourir plus largement en nourriture, en vêtements, en désinfectants, en argent même les pauvres gens qui pourront ainsi achever tranquillement leur existence auprès des leurs, dans leur pays natal, au lieu d'aller mourir dans la salle banale de l'hospice. Et ainsi seront réalisées des économies sur les frais d'hospitaliésation !

L'AUTOMOBILISME PRATIQUE

L'éclairage électrique.

Les clous des antidérapants martèlent le sol défoncé de la N. 16 ; l'auto file, file.... ; le soleil est à son déclin, le moteur respire avec plus d'aisance et les chevaux-vapeur sentent le garage.

L'auto file, file.... Au passage de chacun des arbres de la route, le vrombissement se répercute sous leur dôme feuillu ; ce bruit rythmé nous berce : qu'il fait bon rouler le soir ! L'allure s'accentue, dans le lointain, les clochers et les grands bois s'estompent déjà dans la brume et semblent fuir de plus en plus vite.

L'auto file, file... mais le gîte prévu est encore loin et la nuit vient. Un virage, attaquons la G. C. 31 qui nous mènera à la D. 13 : sur son ruban est notre but. Quel ennui de rompre le charme en s'arrêtant pour allumer ! Profitons des dernières minutes de lumière solaire, et ne comptons pas sur la lune, on y a fait tellement de trous ces temps derniers, qu'elle n'éclaire plus ! Il faut pourtant se décider, non pas tant par crainte des gendarmes ou des épithètes malsonnantes des indigènes, que pour éviter l'accident.

Halte ! A nos lanternes avant ! On a fait le plein de pétrole et les mèches ne refusent pas de remonter. Théodore (c'est le mécano) cherche des allumettes, il sort sa boite de tisons, assurance contre le vent, mais les Dieux sont pour nous, le temps est calme. Voilà nos feux allumés, l'un est blanc, l'autre vert, dans un instant, ils seront tous deux noirs de fumée. Passons à l'arrière. Allons bon ! On a semé dans un trou quelconque de la N. 16, le culot du falot. Qu'importe ! il se serait éteint rapidement, par principe. Si, tout à l'heure, le gendarme est sans pitié, le commissaire sera bon enfant, chacun sait çà ! Les règlements aussi sont faits pour être violés. Doux pays !

Maintenant, faisons une visite, à notre usine à gaz. Tournons N + 1 robinets. Glou, glou, glou .. bon signe ! toute l'eau n'a pas noyé, petit à

petit, la chambre à carbure, comme c'est assez son habitude. Le calcium avide d'oxygène va permettre l'union de l'hydrogène avec le carbone; pour rendre celle-ci plus intime, secouons le générateur comme il convient. Présentons un tison allumé, puis un autre : pas de lumière ; plongeons la tête dans les phares : pas d'odeur d'ail, rien ne vient. Un banal incident sans doute ; la nourrice est peut-être crevée, hélas ! à moins que ce ne soit un raccord en caoutchouc, ou plutôt les becs qui sont bouchés... Pourtant, tout paraît en ordre. Secouons donc encore le générateur, avec l'énergie du désespoir, et finissons d'user nos tisons. Enfin la lumière vient ! Un tour de manivelle et en route !

Ah ! si nous avions eu l'électricité ! Sans nous déranger de notre siège, en appuyant sur quelques boutons d'ivoire, il nous eût été possible. Que ce système est amusant et pratique ! C'est un plaisir de manier ces petits contacts pour allumer les feux de position, pour faire luire les deux gros phares, pour éclairer l'intérieur de la voiture, pour permettre de voir le graisseur ou l'indicateur de vitesse, pour faire grogner le Klaxon et râcler l'estomac des piétons avec un bruit de cochon qu'on égorge, pour donner du feu au délicieux havane, que sais-je encore ? Si l'on vient à traverser une ville ou si l'on croise un cheval ombrageux, crac, on supprime momentanément la projection aveuglante des phares. La lumière électrique non seulement est pénétrante, mais elle ne craint ni le vent, ni les cahots, elle a tous les avantages : c'est un joli cadeau à faire à un chauffeur !

Voilà le boniment d'un marchand de dynamos. Voyons la réponse du champion de l'acétylène, qui ne veut pas être knocked out, sans se rebiffer.

Mes appareils, dit-il, sont la simplicité même ; il suffit d'un rien pour les faire marcher, on trouve du carbure chez tous les épiciers et de l'eau chez tous les marchands de vin, mon générateur et mes phares fonctionnent parfaitement, si on les soigne bien.

Vous dites que la dynamo marche parfaitement ? « Comment assurer la constance du débit et du voltage du courant engendré par une dynamo dont la vitesse varie entre des limites aussi étendues ? Comment empêcher à l'arrêt ou aux faibles vitesses du moteur la décharge de la batterie dans la dynamo ? Ces diverses conditions ont été réalisées par des dispositifs tels que les régulateurs de vitesse, les résistances et balais supplémentaires, les contacts multiples, d'une part, les conjoncteurs disjoncteurs, d'autre part. Mais tous ces appareils compliqués sont à juste titre considérés comme le berceau de la panne et des difficultés de toutes sortes qui l'escortent. »

Ce n'est pas moi qui fait cette judicieuse critique, mais un fabricant réputé, d'appareillage électrique, dans son catalogue 1914. Il est entendu que son ours seul n'a aucun de ces défauts, mais pourquoi parler de corde dans la maison d'un pendu ?

Et le montage, parlez-moi un peu du montage ! Passe encore, quand la dynamo est installée par le constructeur du châssis d'une manière logique et rationnelle, et encore je n'insiste pas ! Mais dans le cas contraire, que de solutions baroques il est nécessaire d'adopter !

Et les accumulateurs ! Vous n'avez donc jamais eu, dans les temps héroïques, des accus d'allumage ? Le ciel nous préserve des ennuis qu'ils accumulent lorsque les chocs répétés de la route les ont mis en capilotade.

Et les courts-circuits, si longs à découvrir ! Ils se produisent au moment où on s'y attend le moins ; en pleine marche, le passage subit d'une lumière aveuglante à une obscurité complète est rempli d'imprévu ! Qui sait, ce sera peut-être beaucoup de bonheur pour vos héritiers et aussi un peu pour moi qui vous serai reconnaissant de cette réclame, excellente et gratuite !

Comment départager ces opinions diamétralement opposées ? Acétylène ou électricité, il faut choisir ! Au risque de paraître réactionnaire, je crois que l'allumage électrique n'est pas tout à fait au point : il y sera demain, et l'acétylène aura vécu

Si quelques lecteurs du *Concours* veulent étudier de près la question, je leur conseille la lecture de l'« Eclairage électrique des véhicules », par Robida. Ce petit livre d'un prix modique (2 fr.), très documenté, permet de renouer connaissance avec des noms célèbres, allant de Volt à Ampère, sans oublier Watt.

HEP.

Je rappelle que je me tiens à la disposition des membres du *Concours* pour répondre à toutes leurs questions soit techniques, soit commerciales concernant l'automobilisme

---

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

Le Dr Jeanne est mort le 7 janvier.

Il était depuis quelques jours un peu fatigué et il gardait la chambre. Des amis étaient allés, mardi soir, lui rendre visite. Il les rassura, et leur annonça sa décision de reprendre son travail au *Concours* dès le lendemain matin.

Pendant la nuit il fut surpris par la mort.

Il s'est éteint sans bruit, dans le silence, comme s'il avait voulu donner une suprême leçon de modestie. Jeanne était, en effet, aussi simple et aussi modeste qu'il était volontaire et énergique. Il faisait

passer l'œuvre avant l'ouvrier et sa vie fut toujours tendue vers le but à atteindre, en dehors des préoccupations auxquelles s'attardent, hélas trop souvent les hommes. Sa volonté dominait les évènements, plus que les individus. Et s'il fut un pilote, cela doit s'entendre ainsi qu'il écartait les obstacles, qu'il savait les sentir et les prévoir, plus qu'il ne dirigeait réellement la barque.

Jeanne était animé de la volonté de réaliser, de créer.

Il fut par-dessus tout un homme d'action et un militant, un militant exceptionnel.

Dire ce qu'il fut, n'est-ce pas lui rendre les suprêmes devoirs, et n'est-ce pas aussi, en montrant son rôle, lui permettre de nous donner une dernière leçon, la plus complète, celle qui se dégage de sa vie même.

***

Nous voici à une époque déjà lointaine, à l'entrée de Jeanne dans les milieux médicaux.

Cela remonte vers 1887 ou 1888, au milieu de mêlées politiques inouïes et de scandales où sombrent beaucoup d'illusions et d'espoirs. Le scepticisme et l'écœurement éloignent du Parlement et des joutes politiques beaucoup d'hommes d'action et de conscience. Ceux qui avaient eu confiance en la vertu magique des formules et des lois comprennent, à la lueur des scandales, combien fut grande leur erreur. Et ils cherchent ailleurs les moyens de réaliser leur rêve. Au lieu d'aller vers la politique, ils entrevoient l'importance des facteurs économiques, et ils s'engagent dans la voie de l'organisation professionnelle. Instinctivement, ils opposent le technicien, l'homme du métier, au politicien, l'homme des formules. Ils sentent aussi combien les méthodes diffèrent, de la phrase qui fuit devant la vie, et isole la pensée, à l'action créatrice du technicien qui éduque, matérialise l'idée.

Les circonstances qui firent naître les Syndicats, firent jaillir des militants. Jeanne est l'un de ceux-là. Et nous pouvons dire qu'il est celui qui incarne le mieux le syndicalisme médical, qui exprime le plus complètement le mouvement syndicaliste depuis 25 ans.

Or la vie de Jeanne fut unie, dirigée vers un même but et on retrouve la main de ce militant dans la plupart des actes qui marquent dans la vie professionnelle.

L'entrée de H. Jeanne au Syndicat de Versailles évoque le début d'une carrière fertile. Ce début est lui-même plein d'enseignement : il s'agissait d'organiser l'assistance médicale. Un homme comprend qu'il faut lancer la profession dans cette voie de la médecine publique. C'est Jeanne. Un Syndicat est créé, c'est l'arme. Le Syndicat est construit solidement. Il sert encore de modèle par sa structure robuste, il porte encore, au moins dans sa constitution, l'empreinte de l'homme.

Jeanne a quitté Meulan où il exerçait : son champ d'action s'est agrandi : il bataille à l'Union dont il est l'un des membres les plus écoutés et au *Concours*. Les circonstances se modifient, les armes qu'il possède diffèrent. Peu importe. L'homme qui les manie n'a pas changé ; il vise toujours le même but. Il arrive, presque seul parfois, à remporter des victoires. Et cela ne lui donne ni optimisme exagéré, ni méfiance pour ceux qui ne l'ont pas toujours suivi.

Où trouver plus magnifique exemple de ces luttes que dans la bataille livrée à propos des accidents du travail ? La loi de 1898 s'élabore. L'Etat va établir des responsabilités. On doit prévoir des chicanes. Jeanne songe à l'augmentation des honoraires médicaux. Il propose un tarif. Certes, il n'en fait pas un code, mais seulement une base d'appréciation.

Et quand la loi est votée , quand il s'agit de préparer une base au partage des respontabilités, après la proposition du tarif ouvrier local et son échec, le tarif Jeanne va servir.

C'est Jeanne qui est envoyé par l'Union pour défendre les intérêts médicaux à la commission d'élaboration du tarif qui fut appelé tarif Dubief.

Raconter l'histoire des batailles soutenues par Jeanne à cette époque et dans ce milieu, je ne pourrais le faire dans cet article. Qu'il me suffise de signaler le heurt constant des intérêts, les perpétuels conflits , avec des hommes qui avaient à leur service la formidable puissance des relations et de l'argent. Au début, une certaine incertitude put régner chez ces adversaires encore divisés par la concurrence, mais ce fut le fait d'un instant, et il fallut un militant tel que Jeanne pour en profiter. C'est lui qui, pour se donner une arme, créa de toutes pièces une compagnie d'assurances. L'arme était dangereuse à manier. Elle ne tarda pas à être délaissée, mais elle avait été utile pour la victoire.

Jeanne est le principal artisan du tarif Dubief. Le corps médical ne doit pas l'oublier. Et s'il fut aidé par d'autres militants dévoués, il fut aussi suivi, et considéré par eux comme le chef.

Voilà un épisode de la vie de Jeanne, un épisode assez dramatique, car la situation était pénible et un échec pouvait être lourd à porter.

J'en pourrais exposer d'autres qui peut-être sont trop ignorés.

Dans ces derniers temps, Jeanne se cantonna dans la direction du *Concours* qui fut encore une arme pour lui.

S'il est resté éloigné des luttes qui se sont livrées à l'Union ces dernières années, on peut dire pourtant qu'il les a suivies avec intérêt. C'est qu'il savait l'importance de la transformation qui se préparait à l'Union.

Il avait vécu la première phase de la vie du Syndicalisme.

Il savait que les circonstances exigeaient une autre structure, et que d'autres méthodes devaient s'y adapter. Il avait compris le grand rôle du médecin dans la médecine et l'hygiène publique et il savait que ce rôle ne pouvait être tenu que si les médecins

individuellement se rendaient compte de la besogne à faire et avaient la volonté de l'entreprendre.

L'importance des individualités qui constituent nos groupements n'augmente-t-elle pas dans la mesure où diminue précisément l'importance des « comités centraux » ?

Le Dr Jeanne est mort avant que l'œuvre ne soit accomplie, mais aussi à un moment où déjà elle est suffisamment forte pour ne plus craindre la tempête.

Le Syndicalisme est hors d'atteinte. Sa doctrine est maintenant lumineuse et éclaire la route.

Il triomphera. Et chacune des conquêtes nouvelles répercutera comme un écho le nom de Jeanne, de l'homme de cœur et du militant énergique qui fut l'un des premiers et l'un des plus remarquables ouvriers du syndicalisme médical.

R. LAFONTAINE.

Les obsèques du docteur Jeanne eurent lieu à Agon (Manche), en toute simplicité. Aucune cérémonie n'eut lieu à Paris. Ainsi le désira Madame Jeanne, qui voulut se conformer à la pensée du défunt, dont elle a été l'interprète fidèle, et devant laquelle nous nous inclinons.

Jeanne s'en est allé sans bruit. Notre ami le Dr Bertillon a bien voulu représenter l'Union et dire les dernières paroles d'adieu.

(*Bull. de l'Union des Syndicats.*)

***

Il y a des hommes dont le nom sonne plus haut que celui des situations qu'ils ont occupées, quelque hautes que celles-ci aient été. Le Dr Jeanne, qui vient de mourir subitement, en pleine santé, était un de ces hommes. Il jouissait, dans le monde des praticiens, d'une grande popularité et d'une autorité morale très considérable, et cela, moins par sa situation au *Concours médical*, que par ses qualités de cœur, sa droiture, son esprit de devoir, sa conviction prenante et la sûreté de son amitié.

Ancien médecin de la marine, il était demeuré le bon camarade de cette époque et était un membre fidèle de notre chère Fraternelle. Personnellement je lui suis très reconnaissant des horizons qu'il m'a ouverts. Je le lui ai dit souvent, et je tiens à lui en rendre hommage publiquement.

La mort du Jeanne est pour ses amis un gros chagrin, et pour le corps médical une perte dont l'importance ne sera comprise qu'en voyant le vide laissé par la disparition de ce vaillant lutteur.

GRANJUX.

Le Caducée, 24 janvier.)

***

M. le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical*, vient d'être enlevé par une mort subite à l'amitié, de ses collègues et à la cause médicale qu'il défendait avec ardeur et autorité depuis de nombreuses années. C'est une grande perte pour nos confrères français. Le Dr Jeanne était de toutes les œuvres de défense médicale et son esprit pratique autant que son dévouement y brillaient au premier rang. Il sera difficilement remplacé.

Nous prenons part à la perte douloureuse qui frappe nos amis de France et nous les prions de croire à nos bien sympathiques regrets.

Dr L. M.

(*Gazette médicale belge*, 22 janvier.)

***

Nous avons appris avec infiniment de regret la mort du Dr Jeanne, directeur du *Concours médical*, décédé subitement à l'âge de 60 ans.

Ancien médecin de la marine, le Dr Jeanne, qui dirigeait le *Concours* depuis 1904, était un zélé défenseur de nos intérêts professionnels : il demeurait constamment sur la brèche, menait le bon combat avec la plus mâle énergie, prodiguait ses services à tous les praticiens. C'était, en outre, un excellent homme, infiniment accueillant, toujours plein d'entrain et de bonhomie. Tous ceux qui l'ont approché conserveront de lui un impérissable souvenir.

L. D.

(*Courrier médical.*)

***

Nous avons le profond regret d'enregistrer la mort de M. le docteur H. Jeanne, ancien médecin de la marine de l'Etat, directeur de notre grand confrère, *Le Concours médical.*

Le docteur Jeanne a été emporté subitement, à peine âgé de 60 ans, au moment même où il avait la grande satisfaction de constater que les efforts qu'il avait dépensés, au cours de ces quinze dernières années, en faveur du corps médical, paraissaient devoir être couronnés de succès.

Habile continuateur de A. Cézilly, ce grand promoteur de la défense professionnelle en France, il consacra en effet, avec l'appui et la collaboration de Gassot, de Maurat, et autres, la dernière partie de sa vie à l'étude et à la solution des questions dont dépendent l'indépendance, la dignité et le mieux-être du praticien.

Vivement émus par la dispartion prématurée de ce grand cœur, de cette vaste intelligence, nous saluons très respectueusement sa mémoire, et nous adressons à sa famille ainsi qu'à nos amis du *Concours* l'expression de nos toutes particulières sympathies.

Châtel-Guyon Journal.

***

Nous avons appris avec regret la mort du Dr Jeanne, directeur du *Concours médical.*

Normand d'origine, il était né à Agon (Manche), en 1853, le Dr Jeanne appartint tout d'abord au Corps du Service de Santé de la Marine, puis vint exercer à Meulan (Seine-et-Oise).

C'est en 1895, que renonçant définitivement à l'exercice de sa profession, Jeanne vint se fixer à Paris et entra au *Concours* dont il devait devenir le directeur en 1906.

Travailleur acharné, Jeanne se consacra tout entier à la défense de nos intérêts professionnels. Très sympathique, il acquit très rapidement une autorité considérable auprès de ses confrères qui s'inclinaient devant sa compétence, son honnêteté, sa fermeté et aussi sa modestie.

Aussi les services qu'il rendit à la profession médicale sont considérables et sa disparition est une grosse perte pour les praticiens et pour le *Concours* dont il était l'âme.

Nous prions Mme H. Jeanne et la direction du *Concours médical* de bien vouloir agréer nos sincères compliments de condoléances.

A. CHARBONNIER.

(*L'Année médicale de Caen.*)

***

La Société du *Concours médical* vient d'être cruellement frappée par la mort subite de son directeur, le docteur Jeanne. Ancien médecin de la Marine, puis médecin praticien à Meulan, le docteur Jeanne s'était, depuis de longues années, presque exclusivement consacré à la défense des intérêts du corps médical. Il avait puissamment contribué à la création de la Mutualité médicale professionnelle, du Sou médical et de toutes les œuvres que le *Concours médical* patronnait. Il était membre de l'Union des syndicats professionnels et avait été membre du conseil général de l'Association des médecins de France. Son inlassable activité et son dévouement à tous ses confrères ont rendu les plus signalés services.

Le Temps, 11 janvier.

***

On annonce la mort :

— Du docteur Jeanne, directeur de la Société du *Concours médical*, Il avait puissamment contribué à la création de la Mutualité médicale professionnelle, du Sou médical et de toutes les œuvres que le *Concours médical* patronnait.

Petite République, 11 janvier.

***

Mort du docteur Hippolyte Jeanne, ancien médecin de la marine, directeur du journal le *Concours médical.* Il s'était dévoué aux œuvres médicales de défense professionnelle et de mutualité.

Echo de Paris, 10 *janvier.*

***

A tous les confrères de la grande Presse et de la Presse médicale, à tous nos amis ; au nom de Madame Jeanne et au nom du *Concours Médical*, merci ! !

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Ecole de psychologie** (49, rue Saint-André-des-Arts). — Le lundi 16 février à cinq heures, conférence du Dr Bérillon sur : Comment guérit-on un buveur ? (avec projections) sous la présidence du Dr Triboulet, médecin de l'hôpital Trousseau.

— **VIIe Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales.** — Le VIIe Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales aura lieu à Lyon, du 17 au 31 juillet 1914, sous la présidence d'honneur de MM. d'Arsonval, Bouchard et A. Tripier, et sous la présidence de M. le professeur Renaut, membre correspondant de l'Institut, membre associé de l'Académie de médecine.

Une exposition d'appareils sera annexée au Congrès.

Le prix de Barcelone (1.000 francs) sera attribué à l'appareil remplissant le mieux les conditions prévues par le règlement du concours.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Prof. Cluzet, secrétaire général du Congrès, 282, avenue de Saxe, Lyon.

— **VIe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord.** — Le VIe Congrès aura lieu à Québec, en septembre 1914, sous la présidence de M. le professeur A. Rousseau.

Les questions suivantes ont été mises à l'étude : Les néphrites ; les accidents du travail ; les eaux minérales canadiennes ; les stations d'altitude au Canada ; les eaux potables au Canada.

Adresser dès à présent les adhésions à M. le professeur A. Rousseau, secrétaire général à Montréal (Canada).

— **Les médecins et les rappels au téléphone.** — L'administration des téléphones a inauguré cette année à Paris un nouveau service dit des « rappels ».

Dans chaque bureau central se trouve un poste spécial qui, en l'absence des abonnés, recueille les communications pour les leur transmettre sur leur demande à leur retour chez eux.

Pour bénéficier de ces avantages, l'abonné au téléphone doit payer un supplément de taxe de 30 francs, plus un droit de 20 centimes par communication dictée.

Jusqu'à présent une dizaine d'abonnés parisiens, presque tous médecins, se sont inscrits à ce nouveau service.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 7 Dimanche 15 Février 1914



LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Questions d'hygiène.

Comment on sait interpréter les statistiques.

Dans un de nos récents *Propos du Jour*, nous avons montré combien était apparente et trompeuse la faible diminution de la tuberculose constatée à Paris dans ces dernières années ; qu'elle était compensée largement par l'augmentation de la mortalité phtisique dans la banlieue, comme le prouvait la statistique produite à la Commission spéciale du Conseil général de la Seine.

Nous faisons aujourd'hui un rapprochement analogue qui montre combien il est facile d'appuyer sur des statistiques les appréciations les plus tendancieuses et les plus fantaisistes.

Tout le monde sait avec quelle imprévoyante précipitation l'administration de la guerre a procédé à la construction des casernements dans la région de l'Est, pour répondre aux besoins de la loi de trois ans. Nous ne parlerons pas du gaspillage financier, des travaux donnés sans adjudication à MM. les entrepreneurs du bâtiment, qui ont certainement mis dans le règlement de leurs mémoires une discrétion et un patriotisme à donner en exemple aux médecins qui soignent des sinistrés du travail. Nous savons que la presse s'est bornée à relever un seul abus, un seul petit abus, la dépense de quelques milliers de francs de gravier répandu, la veille d'une visite officielle, sur le sol de la cour d'une nouvelle caserne. Certes, sans cette précaution, M. Etienne, alors ministre de la guerre, aurait pu s'embourber avec le char de l'Etat dans le terrain fangeux sur lequel devaient manœuvrer quelques jours après nos jeunes soldats. Tout avait été déclaré parfait par MM. les entrepreneurs, les autorités et la presse.

Un hiver d'abord remarquablement doux avait laissé espérer que nos conscrits ne payeraient pas un trop lourd tribut aux rigueurs du climat de l'Est, à l'encombrement et à l'imprévoyance administrative. Déjà, l'on chantait victoire, et le *Matin*, au début de janvier, reproduisait complaisamment l'entrefilet suivant dans sa revue des journaux :

La classe de vingt ans et l'état sanitaire de l'armée.

La *Défense nationale* :

Grâce aux améliorations apportées dans les services du chauffage, de l'alimentation et de l'habillement, la présence sous les drapeaux d'une classe de jeunes gens de vingt ans n'a eu, jusqu'ici, aucune influence fâcheuse sur l'état sanitaire général de l'armée.

En novembre, la morbidité générale a été, comme en octobre, de 30 pour 1.000 hommes, bien inférieure à la moyenne correspondante des cinq dernières années (56 pour 1.000). Le chiffre des décès, 86 contre 87 en octobre, correspond à une mortalité moyenne de 0,12 pour 1.000, notablement inférieure à la moyenne constatée en novembre au cours des cinq dernières années (0,16 pour 1.000).

Les bonnes gens qui, comme vous et moi, avions des parents et des amis sous les drapeaux, trouvaient bien un peu surprenant cet optimisme. Ils avaient reçu des correspondances de jeunes gens qui se plaignaient uniformément d'être couchés dans des casernes ou des cantonnements encombrés, et d'être insuffisamment nourris. Les durs-à-cuire que sont nos pères répliquaient que ces plaintes étaient mal fondées, et que la jeunesse dont elles émanaient, manquait d'énergie et aimait trop ses aises.

Cependant, nous médecins, nous étions tentés d'apprécier à une plus juste valeur la quiétude officielle ; nous savions que la clémence de l'automne et du début de l'hiver avait été cause d'un état sanitaire exceptionnellement favorable ; que, pour ne parler que de Paris, la mortalité avait été inférieure de 10 % à la moyenne pendant les semaines de novembre et de décembre. Et nous nous répétions avec anxiété : « Attendons les premiers froids. »

La rigueur de la saison s'est fait sentir et ce que nous prévoyions est aussitôt arrivé. Nous ne sommes, hélas ! pas surpris de lire dans le *Temps*, du 8 février

L'état sanitaire dans l'armée.

L'état sanitaire dans l'armée est loin d'être satisfaisant. Des épidémies de rougeole, de scarlatine, de méningite cérébro-spinale, se sont manifestées un peu partout. De nombreux décès ont été constatés et les malades encombrent les hôpitaux de certaines garnisons. Ce n'est pas dans la région de l'Est, comme on aurait pu le croire, en raison de l'augmentation des effectifs et de la construction hâtive des bâtiments, que les soldats sont les plus éprouvés. C'est au Mans, à Arras, à Tours, à Toulon, à Cherbourg, à Autun et au Creusot que l'épidémie se manifeste plus particulièrement. *A Toul cependant, on aurait enregistré plusieurs décès de soldats de notre grand camp retranché.* L'autorité militaire se multiplie et prend des précautions.

Dans le même numéro du *Temps*, nous trouvons en dernières nouvelles, après des informations sur les épidémies dans les casernes du Creusot, du Mans, de Cherbourg, la dépêche suivante :

Epinal, 7 février,

Neuf décès de jeunes soldats ont été enregistrés cette semaine dans la garnison d'Epinal.

Il y a à l'hôpital de nombreux malades atteints de broncho-pneumonies.

Nous n'ajouterons aucun commentaire à ces rapprochements qui, si l'on tient compte des restrictions habituelles en pareil cas, ont leur éloquence ; on pourrait nous accuser de faire de la politique et nous avons trop horreur de l'exploitation des malheurs privés et de ceux de la Patrie par les politiciens de toutes nuances et de tout acabit, pour recourir nous-même à ce procédé, objet de notre profond dégoût. Cependant, nous serions heureux de savoir que dans les garnisons du Mans, d'Arras, de Tours, de Toulon, de Cherbourg, du Creusot, les casernements militaires n'ont pas été surpeuplés lors de l'appel de la classe.

En tous cas, en répondant aux questions et aux interpellations que l'on annonce à la Chambre des Députés ou au Sénat, manifestations qui ne changeront, hélas ! rien à la situation, nous doutons que l'honorable M. Noulens, ministre de la guerre à l'heure présente, fasse preuve du même optimisme que l'administration militaire qui communiquait, il y a un mois à peine, la statistique triomphale publiée par la *Défense nationale*, et que reproduisait complaisamment le *Matin*.

Rien ne prévaut contre l'éloquence des chiffres, dit la Sagesse des nations. Evidemment, mais il est bon parfois de savoir les examiner de près, les comparer et les commenter, surtout quand il s'agit de statistique en matière d'hygiène.

J. Noir.

Le Congrès des Praticiens. — Le prochain Congrès des Praticiens, qui avait été fixé au mois d'avril, vient d'être reporté aux 27, 28 et 29 mai prochain.

Nous rappelons à nos lecteurs que ces nouvelles grandes assises du corps médical ont trouvé en grande partie leur origine dans l'unanime mouvement de protestation que provoquèrent les menaces de M. Chéron, ex-ministre, contre l'indépendance du médecin.

Tous les praticiens auront à cœur de prendre part au Congrès en mai prochain.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PHARMACOLOGIE CLINIQUE

Hôtel-Dieu de Lyon : Service de M. Lyonnet.

Les médicaments à base de strychnine (1).

Les préparations à base de strychnine, dont je veux aujourd'hui vous entretenir, sans constituer une médication indispensable, n'en sont pas moins d'une utilité très grande et d'un emploi très fréquent.

Le nouveau Codex a réalisé un progrès énorme dans la pharmacologie de ces nouveaux médicaments. Et si par exemple, avec la digitale, la belladone, on ne sait pas très exactement à quoi s'en tenir au point de vue de la richesse en principes actifs des principales formes médicamenteuses, avec la strychnine et ses dérivés, la correspondance est bien connue.

La strychnine est le produit toxique, susceptible, à doses qui ne sont pas énormes, de produire des phénomènes extrêmement graves, de vraies crises tétaniques avec trismus entraînant une mort rapide. C'est, du reste, un procédé qu'on emploie couramment pour la destruction des animaux domestiques. Un produit aussi actif doit posséder et possède en fait une activité très grande et une incontestable utilité. C'est d'abord un tonique du système nerveux d'une haute valeur chez les déprimés, chez les neurasthéniques.

Son action sur l'estomac se traduit, en même temps que par une augmentation de la sécrétion du suc gastrique, par une excitation de la contractilité musculaire, action qui se fait également sentir sur la musculature intestinale, et dont il convient de se méfier quelque peu, cette exagération des contractions intestinales pouvant amener de la diarrhée.

Même action tonique sur le cœur, et certains médecins, M. Bouveret par exemple, dans quelques cardiopathies graves, donnent volontiers de la strychnine souvent associée à de la quinine.

Cette action de la strychnine sur le cœur est surtout utile dans le cours de certaines affections graves, pneumonie, fièvre typhoïde, et l'on peut en attendre de très heureux résultats.

La question de la posologie de la strychnine est actuellement à l'ordre du jour et l'on a récemment proposé des doses énormes de strychnine. Je crois que dans cet ordre d'idées, il ne faut pas exagérer, et que, sans être pusillanime, il faut rester prudent.

La *noix vomique* s'utilise à l'état de poudre, obtenue par broiement des semences de strychnos, nux vomica. Le nouveau Codex recommande la poudre titrée à 2,5 % d'alcaloïdes totaux (strychnine, brucine, gazéicine).

C'est le moyen le plus simple d'administrer la noix vomique. On la donne à la dose moyenne de 0 10 centigr.

Cachets avec

Poudre de noix vomique.....	cinq centigrammes
Glycérophosphate de quinine	0 gr. 30

Pilules avec :

Poudre de noix vomique..	trois centigrammes.
Extrait de gentiane.......	0 gr. 10

Il existe au Codex un extrait sec alcoolique titré de telle façon que 100 gr. de cet extrait doivent renfermer 16 gr. d'alcaloïdes totaux. Il renferme donc 6 fois plus d'alcaloïdes totaux et est 6 fois plus actif que la poudre. On en donnera donc environ 0.02 centgr. en pilules par exemple. C'est une forme médicamenteuse que je ne vous conseille pas, parce qu'elle constitue une complication un peu inutile dans l'arsenal des médicaments à base de strychnine.

La teinture de noix vomique constitue au contraire une forme médicamenteuse très simple et très précise pour donner la noix vomique et la stychnine. C'est une très bonne teinture, faite avec l'extrait titré, et dosée de telle façon qu'elle renferme 0.25 pour cent d'alcaloïdes totaux, C'est donc une teinture au 1/10. On peut conséquemment établir l'équation suivante :

1 gr. = LVII gouttes = 0.0025 d'alcaloïdes totaux = 0.10 centg. de poudre.

Un gramme ou LVII gouttes représentent la dose courante. Je vous conseillerai cependant de vous en méfier un peu, et de ne pas en donner tout à fait autant dès le début.

Il est une plante tout à fait voisine de la noix vomique, de la même famille du reste, dont les semences extraites du fruit ont, à très peu de chose près, la composition même de la noix vomique. Elle prend une forme médicamenteuse assez commode dans la pratique et elle permet de donner au malade de la strychnine sans qu'il s'en aperçoive et de faire varier la formule sans varier le médicament.

La *poudre de fève de Saint-Ignace* doit renfermer, d'après le Codex, la même dose d'alcaloïdes totaux que la poudre de noix vomique.

Il semble donc que la posologie doive en être très simple. Eh bien ! il n'en est rien, probable

(1) Conférence recueillie par M. Loaëc, interne du service.

ment parce que les alcaloïdes sont plus toxiques. Je vous dirai simplement pour fixer les idées qu'il faut donner, de fève de Saint-Ignace, moitié moins que de noix vomique. C'est une distinction que ne fait pas le Codex, mais qui est de notion courante. On pourra par exemple ordonner des pilules avec :

Poudre de fève de St-Ignace..	0 gr. 02
Extrait de kola.............	q. s. p. une pilule

On donnerait deux à trois pilules par jour. En abordant l'étude de la teinture de fève de Saint-Ignace, il est permis de faire quelques critiques.

M. Landouzy lui-même, dans la préface qu'il écrivit pour le nouveau Codex, ne qualifie-t-il pas les gouttes amères de Baumé « un des médicaments les plus dangereux de l'arsenal thérapeutique? » Et de fait, on a signalé des accidents graves et même mortels.

Au nouveau Codex, on aurait dû faire, semble-t-il, une teinture analogue à la noix vomique. Peut-être n'a-t-on pas voulu créer un trop grand écart entre les formules des deux Codex ; en tous cas, on a fait une cote mal taillée en préparant une teinture au 1/15. Elle contient donc deux fois plus d'alcaloïdes totaux que la teinture de noix vomique. Comme on sait, d'autre part, la fève de Saint-Ignace plus toxique que la noix vomique, on en donnera en moyenne XX gouttes, soit à peu près 0.50 ctgr. puisqu'il faut LIV gouttes pour 1 gr.

On pourra se contenter de prescrire X gouttes avant chacun des 2 principaux repas, ou bien par exemple :

Teinture de fève de St-Ignace composée	5 gr.
Extrait fluide de kola..............	60 gr.
Glycérine................q. s. p.	150 gr.

Une cuillerée à café dans de l'eau sucrée avant le repas de midi et du soir.

De même que la noix vomique, la fève de Saint-Ignace agit surtout par la *strychnine* qu'elle contient.

La strychnine est un alcaloïde cristallisé, très amer, peu soluble dans l'eau. On n'emploie pas la strychnine, mais un de ses sels solubles, et le plus fréquemment prescrit est le sulfate très soluble, bien que les médecins suisses emploient fréquemment l'azotate. Je n'y vois aucun avantage, d'autant que ce dernier sel n'est plus au Codex. Avec le sulfate neutre, nous avons donc la façon la plus simple et la plus élégante d'employer la strychnine, principe actif de toutes les drogues que nous venons de passer en revue.

On peut de façon très simple préparer des solutions de strychnine, faciles à doser, à prendre par gouttes.

On peut aussi formuler des pilules dosées à un milligramme.

Sulfate de strychnine	un milligr.
Chlorhydrate de quinine..........	0 gr. 10
Extrait de quinquina.........q. s. p.	1 pilule.

Deux à six par 24 h. de préférence aux repas.

On peut aussi préparer des sirops et des vins, mais ce sont des formes que je ne recommande pas trop dans la pratique courante, à cause de leur difficulté à se conserver.

On a proposé de donner la strychnine en injections sous-cutanées : on peut formuler facilement une solution contenant 2, 3, 4 milligr. par cmc.

Sulfate de strychnine... ...	dix centigrammes
Eau distillée	q s.p.50 c.c.

On peut combiner la strychnine à d'autres médicaments, et, pour ma part, je me suis très bien trouvé, pour soutenir le cœur des pneumoniques ou des typhoïdiques, de l'association : strychnine, quinine, ergotine.

On fera, par exemple, une solution injectable contenant 1 à 2 millig. de strychnine, 0.10 à 0.20 de chlorhydrate neutre de quinine.

Sulfate de strychnine...... ...	dix centigrammes
Chlorhydrate neutre de quinine	10 gr.
Eau distillée...............	q.s.p. 50 cc.

On a beaucoup préconisé un sel de strychnine, l'arséniate. Il vaut mieux, à mon avis, associer dans une même formule les deux médicaments, arsenic et strychnine, et formuler :

Sulfate de strychnine..........	deux milligr.
Arséniate de soude...........	trois milligr.
Extrait de kola................	0 gr. 15

Une autre association a été recommandée, entre autres par M. Galtie, après de nombreuses expériences sur des cobayes tuberculeux, c'est le cacodylate de strychnine, qu'on emploierait en injections hypodermiques, mais ce cacodylate est à peu près insoluble ; mieux vaut lui substituer la formule suivante, très stable :

Strychnine (sulfate).............	un centigr.
Cacodylate de sodium...........	0 gr. 40
Eau distillée............q. s. p.	10 c.c.

Nous pouvons, en terminant, résumer dans un tableau d'ensemble les formes principales d'administration et les doses moyennes des médicaments à base de strychnine :

	Dose moyenne
Poudre de noix vomique (2.5 % d'alcaloïdes).....................	0 gr. 10
Extrait sec de noix vomique (6 % d'alcaloïdes),..................	0 gr. 02
Teinture de noix vomique (1 gr. = 57 gouttes = 0.0025 d'alcaloïdes) ..	L gouttes
Poudre de fève de St Ignace	0 gr. 05
Teinture de fève de St-Ignace composée (1 gr. = 54 gouttes = 0.005 d'alcaloïdes)..................	XX gouttes
Strychnine (sulfate).............	0 gr. 003

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Fracture du col fémoral sans impotence fonctionnelle. — Chirurgie cardio-péricardique. — Tolérance des os pour les corps étrangers métalliques. — Corps étranger de l'œsophage suivi de mort. — Dystocie par occlusion cicatricielle du vagin. — Diagnostic de la grossesse par la réaction d'Abderhalden. — L'anaphylaxie chloroformique indirecte. — Le lait condensé.

M. AUVRAY présente à la *Société de chirurgie* une malade dont l'histoire soulève la question de l'*absence d'impotence fonctionnelle dans certaines fractures du col fémoral.*

La malade fut victime d'un accident il y a trois ans. A cette époque, elle fit, un jour, une chute sur a hanche et la fesse droites ; incapable de se relever, elle dut être transportée chez elle. Or, le lendemain matin, il lui fut possible de marcher et de faire, aller et retour, en poussant une petite voiture chargée de lait, le trajet de Vanves à la rue de Rivoli. C'est seulement dix mois après que des troubles marqués de la marche et des douleurs l'obligèrent à cesser son métier de porteuse de lait. L'examen actuel de la malade montre des signes de fracture intra-capsulaire ; il en est de même de la radiographie. M. Auvray estime que c'est là un exemple d'absence d'impotence fonctionnelle dans certaines fractures du col de fémur.

M. Pierre DELBET critique le diagnostic de fracture, chez cette malade. On observe parfois des cas de fracture du col avec impotence modérée (question obscure qui touche à celle de la coxa-vara traumatique), mais on ne peut imaginer une telle intégrité fonctionnelle. Il y a quelques années, M. Delbet a eu à expertiser un blessé de ce genre. Un premier rapport, appuyé d'une radiographie, avait conclu à une fracture par éclatement de la tête fémorale. M. Delbet, voyant le malade avec M. Reclus, rejeta le diagnostic de fracture en affirmant celui d'arthrite sèche. Il admettait, toutefois, la relation entre l'accident et l'arthrite. Dans une troisième expertise, MM. Demoulin, Bazy et Mouchet constatèrent une arthrite de même nature développée du côté opposé, et conclurent que le rôle du traumatisme devait être considéré comme nul.

M. DEMOULIN ne pense pas, en effet, qu'un traumatisme d'une articulation, qui ne comporte ni fracture, ni arthrite grave, puisse déterminer une arthrite déformante.

Pour M. SAVARIAUD, il n'est pas douteux que la malade de M. Auvray n'a jamais eu de fracture et qu'il s'agit d'une luxation congénitale méconnue, atteinte d'arthrite sèche. L'auteur n'a jamais vu de fractures du col permettant la marche ; il a vu, en revanche, quantité de coxa vara simulant, à s'y méprendre sur la radiographie, la fracture ou le décollement épiphysaire.

M. TUFFIER parle du diagnostic des contusions de la hanche. Il considère les entorses des articulations atteintes de luxation congénitale comme fréquentes et difficiles à reconnaître.

M. THIERRY attire l'attention sur les erreurs que peut entraîner l'interprétation des radiographies dans l'examen des fractures du col du fémur ou de l'extrémité supérieure de l'humérus. Faisant des recherches avec Poirier sur les cadavres de l'Ecole pratique, il lui est arrivé souvent de ne pouvoir dire, *pièces en mains*, s'il s'agissait de fractures anciennes ou d'altérations d'arthrite sèche. Seule, la section à la scie permettait de fixer la nature de la lésion. Les erreurs radiographiques s'expliquent donc ici facilement.

M. CHAPUT pense que l'on peut marcher, parfois, avec une fracture du col fémoral. Chez une de ses malades, qui n'accusait pas d'impotence, la radiographie indiqua une encoche de fracture du col ; or, la fracture se compléta et devint indiscutable à la suite d'un mouvement.

M. KIRMISSON soutient également que, chez les enfants tout au moins, il est possible à un sujet ayant subi une fracture ou un décollement de l'extrémité supérieure du fémur, de marcher après l'accident, pendant quelques jours tout au moins.

— M. DELORME fait à la *Société de chirurgie* une communication sur la *chirurgie cardio-péricardique.*

M. Delorme rappelle qu'il a proposé un traitement direct de la symphyse cardiaque, une destruction des adhérences cardio-péricardiques (cardiolyse). Les manœuvres opératoires doivent varier suivant les lésions que le chirurgien observe.

M. Pierre DELBET a opéré un homme atteint de symphyse cardiaque par la cardiolyse à la manière de Brauer, c'est-à-dire la résection des côtes précardiaques. L'opération a été faite sous l'anesthésie locale, car l'état du malade était très grave. Le résultat fut excellent ; les œdèmes ont disparu, le foie a diminué de volume et le patient a pu recommencer son travail. La santé du sujet est restée bonne depuis l'opération, qui date de plus de trois ans.

MM. ROUTIER et QUÉNU font à l'opération de Delorme l'objection suivante : dans le péritoine, lorsqu'on détruit les adhérences intestinales, celles-ci se reproduisent habituellement plus étendues et plus dures qu'avant. Il est à craindre qu'il en soit de même pour le péricarde, qui est une séreuse également.

— M. E. POTHERAT parle, à la *Société de chirurgie, de la tolérance des os pour les corps étrangers métalliques.*

On pense généralement que les corps étrangers métalliques sont mal supportés par les os et que, si utiles qu'ils semblent être à l'occasion, on doit s'efforcer d'en éviter l'emploi. M. Potherat estime que cette intolérance n'est pas une règle absolue. Il cite le cas d'un malade atteint, il y a huit ans, de fracture du tibia. On le traita par une juxtaposition à l'aide de deux grandes agrafes de Jacoël, suivie d'appareil plâtré. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu der-

nièrement, déclarant que les agrafes, indolentes jusque-là, étaient devenues douloureuses.

M. Potherat intervint et constata que ces agrafes, parfaitement tolérées depuis 8 ans, n'étaient nullement mobiles et n'avaient pas déterminé d'ostéite raréfiante.

— M. Léo rapporte à la *Société des Chirurgiens de Paris* un cas de corps *étranger de l'œsophage non traité et suivi de mort par septicémie.*

Le malade avait avalé un fragment d'os d'écureuil qui était resté dans l'œsophage. La radiographie, faite le troisième jour, resta négative. En raison de ce résultat de la radiographie, et surtout de l'amélioration progressive de la dysphagie, on différa toute intervention œsophagoscopique. Tout semblait calmé, lorsque, le neuvième jour après le malencontreux repas, des symptômes septicémiques se montrèrent et le malade succomba à une hémorrhagie considérable, évacuée par la bouche.

M. Léo pense qu'une œsophagoscopie pratiquée de bonne heure, dans les vingt-quatre premières heures si possible, eût sauvé la vie du patient. On ne voit presque jamais les corps étrangers osseux de l'œsophage à la radioscopie et il ne faut tirer de l'examen aux rayons X aucune conséquence, en pareil cas, quand cet examen est négatif.

M. Judet a observé un cas de corps étranger œsophagien pour lequel il fit faire une œsophagoscopie. La malade avait avalé un os de poulet et percevait l'os arrêté à la base du cou. Le corps étranger fut extrait facilement au travers du tube œsophagoscopique. La radiographie avait été négative.

M. Delaunay pense que, en matière de corps étrangers osseux de l'œsophage, l'examen radiographique est une perte de temps. Seule, l'œsophagoscopie est sûre et fidèle. Elle est, en outre, un moyen thérapeutique, car elle permet, en même temps qu'elle le montre, l'extraction directe du corps étranger. Les beaux travaux de M. Guisez ont montré quels précieux services on pouvait lui demander.

— M. Cyrille Jeannin présente à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris,* une observation de *dystocie par occlusion cicatricielle du vagin.*

Il s'agit d'une jeune femme qui entra à la Maternité étant en travail depuis 18 heures, avec fœtus mort. Il existait chez elle, et l'on constatait au toucher, de très fortes brides fibreuses siégeant environ à mi-hauteur du vagin et ne laissant qu'un mince espace libre, en avant. L'origine de ces brides fibreuses était liée à une malformation congénitale du vagin et du rectum et à une série d'opérations faites sur ces organes dans le jeune âge.

M. Cyrille Jeannin pratiqua une opération césarienne et la malade put quitter l'hôpital 17 jours après l'intervention, en parfaite santé.

— M. Ecalle communique à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* une nouvelle série de recherches sur le *diagnostic de la grossesse par la réaction d'Abderhalden.*

Depuis sa dernière communication, l'auteur a examiné le sérum de 33 femmes enceintes, à différentes périodes de la grossesse. La réaction a toujours été positive, mais à des degrés variables.

Il a examiné, de même, par la méthode de dialyse d'Abderhalden, le sérum de 24 femmes non enceintes. Sept fois, la réaction a été trouvée positive, ce qui fait une proportion de 1/3, analogue à celle déjà constatée dans une statistique précédente.

Ces nouvelles observations confirment les conclusions formulées antérieurement par l'auteur.

M. Wallich estime que si la réaction d'Abderhalden paraît se montrer nettement positive dans tous les cas de grossesse, ainsi que l'indique l'étude de M. Ecalle, les recherches ultérieures devraient se concentrer sur les premières périodes de la grossesse, alors que le diagnostic de gestation utérine ou extra-utérine est cliniquement difficile ou douteux. Il serait aussi intéressant de fixer l'état de la réaction suivant que l'œuf est vivant ou mort.

M. Pinard constate que la réaction d'Abderhalden ne peut être considérée, actuellement, comme un signe pathognomonique de l'état de gestation. Elle conduit seulement à des probabilités. Si, au point de vue biologique, dit M. Pinard, les découvertes d'Abderhalden sont du plus haut intérêt, elles ne semblent pas s'être montrées supérieures aux procédés cliniques, quand il s'agit d'établir le diagnostic de la grossesse.

— M. Charles Richet communique à l'*Académie des Sciences* un travail fait en collaboration avec M. P. Lassablière, dont les conclusions sont les suivantes :

1° Les chiens chloroformés une première fois ne présentent jamais de leucocytose soit pendant la chloroformisation, soit les jours suivants.

2° Au contraire, quand ils sont chloroformés une 2e fois, ils présentent une *leucocytose intense* qui commence le lendemain de la chloroformisation pour atteindre son maximum le 8e jour, l'intervalle entre les 2 chloroformisations étant de 3 semaines environ.

On ne peut expliquer ce phénomène que par l'hypothèse d'une anaphylaxie, mais d'une anaphylaxie d'un type inconnu à ce jour : l'*anaphylaxie indirecte.* En effet, dans ce cas, la préparation et le déchaînement des accidents anaphylactiques (en particulier, ici, de la leucocytose, accident initial) sont dus, non au chloroforme lui-même, mais à des albumines produites par l'altération du foie et du rein sous l'influence du chloroforme.

Il semble donc qu'il faut ranger les substances anaphylactisantes en deux groupes : 1° celles qui provoquent *immédiatement* l'anaphylaxie en quelques minutes, en passant directement dans le sang; 2° les substances qui provoquent *tardivement* l'anaphylaxie en amenant une démolition albuminoïde, une auto-intoxication, inoffensive la première fois et offensive la seconde, c'est l'anaphylaxie *indirecte.*

En pathologie, cette anaphylaxie indirecte peut

jouer un rôle non moins important que l'anaphylaxie directe, la seule étudiée avant les expériences rapportées par MM. Ch. Richet et P. Lassablière.

— Pendant longtemps objet de discrédit dans les milieux médicaux, le lait condensé mérite-t-il cette défaveur ?

Telle est la question que le docteur Lassablière, chef de laboratoire à la Faculté, a tenté de résoudre par des recherches dont l'originalité consiste surtout dans leur rigueur scientifique et leur impartialité, et qu'il a communiquées à l'*Académie de médecine.*

De son travail, qui comprend deux années d'études approfondies sur 48 enfants nourris au lait condensé, pesés, toisés, mensurés, examinés régulièrement, en ne tenant compte que des faits, il résulte que le lait condensé doit être rigoureusement dosé et coupé d'eau bouillie suivant les enfants.

Dans ces conditions, tous les enfants nourris même exclusivement dès leur naissance au lait condensé ont eu une croissance en poids et en taille, égale ou supérieure à celle des enfants normaux. A aucun moment pendant les 12, 18 et 24 mois, au cours desquels ils n'ont pas absorbé d'autre lait, ces enfants n'ont eu de troubles digestifs, osseux, circulatoires, et leur santé a été parfaite.

D'autre part, certains enfants, nourris avec des laits différents et présentant des troubles digestifs graves (vomissements, constipation ou diarrhée) ainsi qu'une croissance retardée, lorsqu'ils ont été nourris au lait condensé, ont parfaitement toléré ce lait et, grâce à cet aliment bien dosé, ont pu recouvrer la santé.

Enfin, M. Lassablière, dans les cas de diarrhées infantiles graves, au lieu d'exposer les enfants à la diète hydrique trop longtemps ou au bouillon de légumes dépourvu de toute valeur nutritive, a pu alimenter avec succès ces enfants avec du lait condensé non plus étendu d'eau bouillie, mais d'eau de riz dont on connaît les propriétés astringentes. Dans ces cas particuliers, le lait condensé, tout en restant un aliment bien toléré, peut constituer une médication active et efficace.

P. L.

MALADIES DE LA NUTRITION

La goutte,

Pathogénie (1). Etiologie. Le goutteux.

Vieille comme le monde, la goutte a fait couler des flots d'encre dès que, sortant d'une description clinique aisée — en tant, du moins, qu'il s'agissait de goutte typique — on s'est efforcé d'en pénétrer les causes et de remonter à son origine.

La diathèse urique, l'état uricémique, c'est-à-dire l'excès d'acide urique dans les humeurs, cela, tous les auteurs l'ont plus ou moins nettement entrevu, et d'ailleurs la vérification de cette idée pathogénique était facile. Mais, où commencèrent les hésitations, les errements, ce fut quand on entreprit la tâche d'expliquer pourquoi, dans certains cas, se trouvait en excès dans l'économie cet acide urique dont le mécanisme de formation resta lui-même longtemps obscur.

Il semble aujourd'hui qu'à la lumière de travaux récents, il soit possible de se rendre un compte plus exact des détails de la genèse et de l'élimination de l'acide urique, partant des modifications qui peuvent se produire dans ces deux actes, dont la perturbation provoque l'état particulier d'où découle la goutte.

La théorie classique voit, comme terme ultime des transformations des substances albuminoïdes, l'urée, avec, comme stades intermédiaires, le carbonate d'ammoniaque, la créatine, la créatinine, la xanthine, l'hypoxanthine, la leucine, la tyrosine, le glycocolle et enfin l'acide urique, — l'acide hippurique constituant un produit de nature particulière, puisqu'il résulte de la combinaison du glycocolle avec l'acide benzoïque. Or, que dans ce métabolisme des produits azotés survienne une perturbation quelconque, leur transformation se trouve incomplète, le cycle des opérations s'arrêtant à l'acide urique par exemple, lequel existe alors en excès, tandis que baisse le taux de l'urée : phénomène désastreux pour l'organisme, les déchets imparfaits de désassimilation azotée étant bien plus toxiques que l'urée.

Aujourd'hui, de plus vives clartés ont été jetées sur la genèse de l'acide urique, sur l'uricopoïèse, dont on peut serrer de plus près le mécanisme précis.

L'acide urique dérive des nucléo-albumines, dont une partie, la moins importante, est exogène, introduite par l'alimentation, et dont l'autre partie (60 % environ) provient des leucocytes et des noyaux cellulaires, et est donc endogène. Ainsi, on conçoit déjà que puisse être contestée l'utilité du régime alimentaire draconien auquel étaient autrefois asservis les goutteux, et l'on comprend encore que certains aliments, jadis défendus, puissent être aujourd'hui autorisés, parce que ne contenant pas de nucléines, alors que certains autres, que l'on tolérait et même recommandait, se trouvent maintenant à proscrire, parce que chargés de ces nucléines.

Les substances nucléiniques, une fois introduites dans l'organisme, vont subir l'action des nucléases,

(1) Par exception aux habitudes du journal, qui traite avant tout des questions d'ordre pratique, nous croyons devoir exposer de façon assez complète la pathogénie de la goutte. C'est qu'il nous semble qu'ici plus encore que dans n'importe quel autre cas, la connaissance des divers facteurs qui conditionnent la maladie est indispensable pour poser les principes d'une diététique et d'une thérapeutique qui ne peuvent rationnellement découler que de cette notion.

qui sont des diastases que l'on retrouve principalement dans le foie, la rate, le pancréas et les capsules surrénales. Ainsi se produiront une série de transformations, dont la première consistera à donner naissance, par dédoublement, à des bases puriques : adénine, guanine, hypoxanthine. Puis, de l'oxydation de ces bases puriques, avec soustraction d'un ou plusieurs groupements ammoniacaux, résultera la xanthine. Enfin, une nouvelle oxydation transformera la xanthine en acide urique.

Voici donc formé l'acide urique. Maintenant commence sa destruction : après l'uricopoïèse, l'uricolyse.

Ce phénomène a lieu sous l'influence de ferments particuliers ; ceux-là mêmes, probablement, qui contribuèrent à la genèse du corps. Les produits de cette destruction sont encore mal connus : on n'a isolé avec certitude que l'allantoïne (Wiechowski).

Et maintenant, comment ce cycle indispensable de mutation s'effectue-t-il chez le goutteux?

Fait au premier abord paradoxal, celui-ci fabrique son acide urique en moindre quantité que l'homme sain, car, par suite de l'oxygénation insuffisante de ses tissus et probablement de l'activité ralentie de ses nucléases, il passe difficilement de la phase purique à la phase urique. Mais, au lieu de se débarrasser de l'acide urique formé aussi vite qu'un sujet normal, il le conserve en majeure partie, car l'uricolyse, terme ultime de l'action des nucléases, est chez lui encore moins active que l'uricopoïèse, stade moins avancé de cette action, et, en outre, il souffre de ralentissement dans l'élimination de cet acide urique et de la petite quantité de composées xanthiques et puriques qui l'accompagnent toujours.

Ce retard dans l'élimination de l'acide urique, plusieurs théories ont été invoquées pour l'expliquer : insuffisance de la perméabilité rénale chez les goutteux (Garrod) ; élimination des purines endogènes, les plus nombreuses, moins aisée que celle des purines exogènes ; action inhibitrice sur le rein d'un excès de purines ; précipitation par l'acide oxalique tout particulièrement, au cours des maladies par ralentissement de la nutrition, de l'urate dissous qui constitue la forme sous laquelle on retrouve l'acide urique dans le plasma sanguin (Bouchard). William Roberts et A. Luff veulent que cet urate, primitivement un quadriurate, d'élimination facile, se transforme rapidement en biurate, d'élimination bien moins aisée, cristallisant vite et pouvant former de la sorte des dépôts goutteux ; ainsi, plus l'élimination serait ralentie, comme chez le goutteux, plus elle deviendrait difficile.

Il semble qu'une part de vérité soit encore contenue dans la théorie de l'acide thyminique, mise au point par Schmoll. Cet acide thyminique dérivant, comme l'acide urique, du métabolisme des nucléines, assurerait, par sa combinaison normale avec lui, sa solubilité. En partie privé de son dissolvant, ce qui se produirait chez le goutteux, l'acide urique se précipiterait dans le sérum.

Il est, en réalité, impossible, à l'heure actuelle, de discerner laquelle de ces théories est la vraie, et même d'affirmer que toutes les raisons qui peuvent expliquer le retard de l'élimination de l'acide urique dans la goutte ont bien été invoquées. Quoi qu'il en soit, on peut admettre que les divers facteurs envisagés jouent chacun leur rôle et que, de façon variable suivant les cas, ils se combinent pour constituer un mécanisme complexe.

S'il se peut que la lumière ne soit pas encore entièrement faite sur la pathogénie de la goutte, de même le problème de son étiologie ne semble pas complètement résolu.

On sait bien que l'hérédité arthritique — et plus particulièrement goutteuse — y joue un grand rôle, ce qui explique la coexistence fréquente de la goutte avec d'autres manifestations de la diathèse arthritique. On sait, d'autre part, que les intoxications, alcool et plomb, que les fautes alimentaires qui introduisent en quantité excessive dans l'organisme les éléments producteurs d'acide urique, que la sédentarité ou au contraire l'excès de fatigue physique, déclanchent plus ou moins sûrement l'accès dont le goutteux, futur ou avéré, est toujours en imminence. Mais ce sont là des données bien incertaines, et la crise se produit sans qu'il soit possible d'incriminer nettement un facteur. Il semble cependant qu'un rôle tout particulièrement important doive être attribué au surmenage intellectuel et à l'émotion, par leur action profonde sur le fonctionnement du système nerveux et, par suite, sur les mutations de l'organisme.

A l'époque de sa première crise, le goutteux se présente en général de la façon suivante :

De souche arthritique, nanti d'antécédents héréditaires goutteux à une ou plusieurs générations, il se trouve aux environs de la quarantaine, plutôt au-delà qu'en deça. S'il n'est pas d'un tempérament maladif, il est cependant sujet, depuis l'adolescence, à divers petits inconvénients : migraines fréquentes, poussées furonculeuses, eczéma, hémorrhoïdes ; parfois il a eu des accès d'asthme, des coliques hépatiques, surtout des coliques néphrétiques.

Sédentaire, il présente une tendance manifeste à l'obésité. Sa calvitie sera précoce, si elle n'existe déjà.

Gros mangeur, il choisit mal ses aliments. Ses digestions sont lentes, pénibles : il ne souffre pas, mais se ballonne après les repas. L'intestin est paresseux, d'autant plus que les hémorrhoïdes rendent son exonération encore plus malaisée. Le foie est gros.

Le caractère est inégal : à côté des bons jours, il y a les mauvais, où apparaissent avec l'inaptitude au travail et l'amnésie, la susceptibilité et l'irascibilité.

Les actes sexuels sont fréquents, souvent hors de proportion avec l'âge du sujet : ou bien, ils sont compliqués et témoignent, dans les deux cas, d'un certain degré d'excitation cérébrale en même temps que médullaire.

Les urines, urines d'arthritiques, généralement hyperacides et contenant parfois plus d'un gramme par 24 heures d'acide urique, deviennent peu à peu moins abondantes que normalement. Le taux de l'acide urique diminue ; parfois aussi, celui des chlorures, phénomène qui mérite de retenir l'attention et sur lequel nous reviendrons ultérieurement au sujet de la diététique.

Que, sur un organisme ainsi en imminence de manifestation aiguë, agisse une cause provocatrice telle que l'une de celles que nous envisagions plus haut : excès alimentaire, excès de fatigue physique, sexuelle, intellectuelle ou morale — en un mot, un surmenage quelconque — et la crise apparaît.

Si ce n'est l'accès de goutte articulaire aiguë, le plus fréquent, ce sera l'un de ses équivalents, souvent si malaisés à reconnaître : spasmes musculaires, algies, crises dyspeptiques, fluxions parotidiennes ou testiculaires, catarrhes divers. Il est d'ailleurs exceptionnel que la goutte ne se traduise jamais que par des manifestations de cet ordre : le plus souvent elle prendra, à un moment quelconque, une allure plus franche qui prêtera mieux au diagnostic.

Si la goutte est bien, dès le début, articulaire, son apparition peut se faire sous la forme subaiguë ; beaucoup plus rarement sous la forme chronique d'emblée.

Quand il existe une hérédité goutteuse très accentuée remontant à une ou deux générations au plus, les manifestations peuvent débuter dès l'enfance et prendre le type de l'insuffisance angio-néphrétique, dont l'aboutissant est souvent la sclérose cardio-rénale : ou bien encore, elles affectent le système nerveux et provoquent une déséquilibration mentale précoce.

Docteur André MOLINA.

REVUE DE MÉDECINE

Médications des hémorragies (1).

Le processus hémorragipare est essentiellement constitué par trois éléments d'importance variable : l'élément vasculaire, lésion du vaisseau qui, dans certains cas, occupe toute la scène morbide (ouverture du vaisseau par un traumatisme accidentel ou volontaire) ; l'élément congestif et fluxionnaire, la congestion ou hyperémie n'étant que l'aboutissant local de la fluxion, mouvement général. La fluxion hémorragique a pour type le flux menstruel, hémorragie physiologique. Les hémorroïdes, certaines épistaxis, sont des hémorragies de même nature, mais extra-physiologiques. C'est par l'intermédiaire du mouvement fluxionnaire que le système nerveux peut déterminer des hémorragies (tabès, paralysie générale, névropathies). Enfin, l'élément dyscrasique est caractérisé par l'hypoïnose ou retard et lenteur de la coagulation, par suite de l'insuffisance ou de l'imperfection des ferments coagulants du sang (plasmase). Chacun de ces éléments est plus ou moins associé aux deux autres ; parfois, il est seul en cause ; dans d'autres cas, il n'intervient que secondairement pour favoriser l'un ou l'autre de ceux-ci, témoin l'hémorragie dyscrasique sur la plaque de Peyer ulcérée (lésion vasculaire) dans la fièvre typhoïde.

Les deux grands syndromes hémorragiques sont les *purpuras* et l'*hémophilie*. Les purpuras sont primitifs ou secondaires, simples ou hémorragiques. Au point de vue hématologique, dans les formes simples, on observe un caillot rétractile sans diminution des hématoblastes ; dans les purpuras hémorragiques au contraire, les hématoblastes sont rares, et la rétractilité du caillot absente. Les altérations du foie jouent un rôle dans la production de ce trouble hématique.

L'hémophilie est caractérisée par un trouble de la fonction de la coagulation du sang, et cliniquement, par une tendance exagérée aux hémorragies spontanées ou provoquées excessives. On note dans ce cas une hypoglobulie et une coagulation retardée. En résumé, purpura et hémophilie sont deux syndromes de la même fonction : dans le purpura, par irrétractilité du caillot ; dans l'hémophilie, par retard dans la coagulation avec anomalie de coagulation, les globules rouges se déposant d'abord au fond du tube, puis le coagulum se formant aux dépens du plasma surnageant.

Des quatre théories pathogéniques de l'hémophilie : la théorie vasculaire, la théorie circulalatoire, la théorie nerveuse et la théorie sanguine, cette dernière seule est actuellement retenue au titre principal. Elle suppose une maladie du sang et plus spécialement de la fonction de coagulation due au défaut ou à l'imperfection de la plasmase (fibrinferment), dus eux-mêmes à une insuffisance des préferments hématiques, des kinases ou des sels de calcium.

Le syndrome hémorragique peut donner lieu à deux médications différentes : la médication hémorragipare, la médication hémostatique ou anti-hémorragique. La première tend à provoquer des hémorragies salutaires, flux menstruel, flux hémorroïdaire, émissions sanguines décongestionnantes.

La médication anti-hémorragique est curative ou préventive. Et tout d'abord, il y a des hémorragies qu'il faut respecter ou ne pas se hâter d'arrêter, certaines hémorragies critiques ou symptomatiques. Ce n'est pas tant la perte de sang que sa durée, sa violence, son intensité qui doivent

(1) D'après GRASSET : Thérapeutique générale basée sur la physiopathologie, in *Province Médicale*, n° 1, 1913.

commander l'intervention. Les hémorragies traumatiques doivent toujours être traitées. Il y a aussi des cas dans lesquels on combattra l'hémorragie indirectement, telles sont l'infection, l'intoxication, le mouvement fluxionnaire, qui provoquent l'écoulement sanguin.

A mentionner uniquement les moyens chirurgicaux d'hémostase : compression, tamponnement, ligature.

Les agents physiques vaso-constricteurs, le *froid* et le *chaud* en tête, employés soit localement, soit à distance pour provoquer un reflexe, sont employés pour arrêter les hémorragies. Froid et chaud produisent des effets à peu près analogues. En général, on emploie la glace ou l'eau froide contre les épistaxis, les hémoptysies, les hématémèses, les hématuries, les hémorragies du gros intestin. On les utilise encore en applications sur la poitrine, sur le ventre, contre les hémorragies de ces cavités, au moyen particulièrement de la vessie de glace. Les pulvérisations d'éther remplacent au besoin le froid de l'eau ou de la glace.

Les injections d'eau très chaude par contre arrêtent bien les métrorragies. Il est assez difficile de préciser quand le froid est plus indiqué, quand le chaud. D'une manière générale, le froid continu a une action vasoconstrictive durable et peut être considéré à ce titre comme nettement hémostatique ; le chaud est plutôt décongestionnant.

L'*hydrothérapie* froide est recommandée contre les hématuries rénales des pays chauds.

L'*électrothérapie* et la radiothérapie ont aussi une action hémostatique, notamment dans les hémorragies fibromateuses, chez les femmes ayant dépassé la quarantaine.

Le repos au lit est utile dans les purpuras, et spécialement dans la forme dite orthostatique. C'est d'ailleurs l'adjuvant obligé de toute médication anti-hémorragique.

Le *perchlorure de fer*, si prôné jadis, est aujourd'hui à peu près complètement abandonné en raison de ses inconvénients, coagulation des substances albumineuses, mortification de la surface des plaies, suppurations prolongées... Tout au plus, peut-on le conserver dans le traitement des petites hémorragies capillaires. On l'a aussi conseillé à l'intérieur, dans l'espoir qu'il pourrait agir sur la circulation générale. Le fait est très contesté, le perchlorure de fer se transformant dans l'estomac en protochlorure ferreux, sans aucune action coagulante.

L'*ergot de seigle* et l'*ergotine* agissent énergiquement sur les muscles lisses des vaisseaux, ce sont d'énergiques vaso-constricteurs. On les emploie dans les métrorragies du post partum, à condition que l'utérus soit complètement vide ; dans les hémorragies du cancer utérin ; dans les hémoptysies, dans les hématémèses, dans les hémorragies intestinales, et peut-être dans les hémorroïdes. Mais ce sont des hypertenseurs, qu devront être maniés avec prudence, pour cette raison. Ne jamais les prescrire aux femmes enceintes, ni au moment des règles. On emploie l'ergotine en potion (2 gr.), en injections hypodermiques (un à trois cmc.) ou l'ergotinine (1/4 à 1 milligr. en sirop ou en piqûre.)

Le *chlorure de calcium*, employé à la dose optima, donne d'excellents résultats. On en prescrit de 2 à 4 gr. dans une potion répartis en 24 heures. Se méfier d'une certaine accoutumance. Les résultats sont bons dans les hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde, dans les hématémèses, les hémoptysies, les hémorragies utérines, les hématuries, les infections hémorragiques, les hémorragies chirurgicales. Localement, il arrête les hémorragies en nappe. Incompatibilités : acide sulfurique et sulfates, alcalis et carbonates, alcalins, acide borique.

La *gélatine* s'emploie en solution à 5 % dans l'eau salée en applications locales et en injections. Le sérum gélatiné de Carnot contient 20, 50 ou 100 gr. de gélatine et 10 gr. de chlorure de calcium pour un litre d'eau. Bien stériliser à l'autoclave à 110°.

Les applications locales s'adressent aux sections du foie ou du rein, aux métrorragies, aux épistaxis, aux hématémèses, aux ruptures de varices, etc.

Les injections sous-cutanées augmentent la coagulabilité du sang, et sont très employées. Elles peuvent pourtant produire des accidents : généraux, élévation de température, frissons, insomnie... locaux : douleur, rougeur diffuse, induration, etc. Enfin la gélatine peut augmenter la coagulabilité du sang dans des proportions telles qu'on a pu assister à l'oblitération de vaisseaux plus ou moins volumineux, capable d'occasionner la mort. Aussi n'y aura-t-on recours que chez les sujets hypocoagulables. Dans le traitement des anévrysmes de l'aorte, on obtient des résultats positifs, si on a soin d'espacer les injections d'une quinzaine de jours, de prescrire le repos au lit, la diète alimentaire, la restriction des boissons.

On traite de la même manière les anévrysmes du creux poplité, de la sous-clavière, l'hémoptysie, le purpura hémorragique, la variole hémorragique. On emploiera la méthode mixte, action générale des injections et action locale des lavages, quand le foyer hémorragique sera accessible.

L'*adrénaline* est un vaso-constricteur d'une puissance inouïe, soit en applications locales, soit en injections hypodermiques, mais son action est souvent suivie d'une vaso-dilatation secondaire dont il faut tenir compte. L'adrénaline en badigeonnages anémie les muqueuses nasales, oculaires, pharyngienne, décongestionne la

conjonctive, le coryza, la prostatite, le glaucome, les hémorroïdes turgescentes et douloureuses. On utilise un mélange de chlorhydrate de cocaïne (0,03), d'adrénaline au 1000e (XXX gouttes) dans 30 gr. d'eau ou 15 gr. de vaseline.

L'adrénaline arrête aussi les hémorragies gingivales, l'épistaxis, les flux hémorroïdaires, par applications locales. On la prescrit encore en injections hypodermiques contre l'hémoptysie.

La voie buccale est à déconseiller dans l'emploi de cette substance, que le muscle, la paroi intestinale, le foie, détruisent.

La médicaion anti-hémorragique comporte encore le *sérum frais de cheval*, ou, à son défaut, le sérum antidiphtérique. On injecte de 10 à 20 cmc. de sérum, qui resserre les petits vaisseaux, détruit une certaine quantité d'éléments figurés du sang, et met ainsi en liberté du fibrinferment qui augmente le pouvoir de coagulation du sang. Contre les hémorragies externes, on pourra faire aussi localement des applications de poudre de sérum. Les injections en question peuvent être effectuées à titre préventif, dans les maladies hémorragiques.

La *peptone* de Witte est recommandée en injections sous-cutanées pratiquées tous les 7 ou 15 jours, pendant deux ou trois mois, profondément dans le tissu cellulaire ou musculaire, à doses décroissantes, à partir de 10 cmc. selon la formule suivante :

Peptone de Witte.................	5 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 50
Eau distillée.....................	100 gr.

Ce serait, avec le sérum frais de cheval, la médication en quelque sorte spécifique de l'hémophilie. Elle aurait une action immunisante, en ce qu'elle détruirait ou annihilerait les substances anticoagulantes que renferme le sang des hémophiles.

L'*opothérapie hépatique*, en raison du rôle que joue le foie dans la fonction de coagulation du sang, est recommandée par Gilbert et Carnot, qui traitent ainsi les hépatiques en diathèse hémorragique, et les hémorragies provenant d'autres causes, par exemple des cirrhotiques. Ribierre et M. Labbé, de leur côté, y recourent dans le traitement des purpuras et de l'hémophilie. Il semblerait, au dire de M. Labbé, que tous les extraits d'organes, rate, rein, pancréas, auraient les mêmes propriétés que l'extrait hépatique.

Les *acides* sont des adjuvants dans les hémorragies banales, sous forme de limonades avec jus de citron, d'orange, groseilles, eau de Rabel (limonade sulfurique).

Le *tanin*, en raison de son astringence, est encore utilement prescrit dans les hémorragies gastro-intestinales, chez les tuberculeux à forme hémoptoïque.

On cite encore l'*eau oxygénée*, l'*antipyrine*, la *ferropyrine*, en application locale. G. D.

MALADIES DE L'ESTOMAC

Hyperchlorhydrie et hypochlorhydrie

Les malades qui se plaignent de mauvaises digestions se caractérisant par des brûlures à l'estomac après le repas sont légion. Dans ce cas, le diagnostic paraît généralement très simple et nombre de praticiens, après un interrogatoire pour la forme, ordonnent le classique et excellent bicarbonate de soude. Souvent, le malade revient peu après. Les digestions sont de plus en plus difficiles, les brûlures ne sont calmées que momentanément et plus le malade souffre, plus il prend du bicarbonate, sans se douter qu'il aggrave ainsi son état.

Ceci prouve que, comme tout diagnostic, celui d'hyperchlorhydrie ne doit pas être porté à la légère, et n'est pas justifié par la simple présence de brûlures après le repas.

Leur présence prouve simplement qu'à ce moment-là,il y a hyperacidité stomacale qui peut être due à un excès d'HCl ou à la présence d'acides de fermentation qui se produisent dans toute digestion longue et pénible,dont la principale cause est le manque d'HCl, surtout chez ceux qui abusent du régime carné. Ces digestions ne sont pas sans danger, car elles ouvrent la voie à la dilatation et ensuite à l'hypersécrétion dont le traitement est des plus difficiles. On voit le danger vers lequel glisse le malade qui abuse du bicarbonate pour calmer ses brûlures, augmentant ainsi son hypochlorhydrie.

Il est donc important de diagnostiquer de suite les deux gastrites, ou de réparer l'erreur commise souvent par le malade lui-même, tant il est notoire que brûlure à l'estomac égale bicarbonate de soude.

Le diagnostic différentiel portera sur trois points principaux : le caractère de la brûlure, la nature des éléments difficiles à digérer et surtout le moment où se produit la brûlure.

Les brûlures de l'hyperchlorhydrie sont plus vives, moins régulières, ayant des moments d'apaisement et d'exacerbation ; les digestions, douloureuses mais rapides, ne se terminent jamais par un vomissement. Les renvois sont exceptionnels.Dans l'hypochlorhydrie, les douleurs sont moins vives, plus régulières et le malade a fréquemment des renvois qui s'accompagnent de brûlures le long de l'œsophage et d'un goût aigre très prononcé. Les digestions sont longues et pénibles.

La nature des éléments difficiles à digérer est importante. Les viandes, facilement digérées dans l'hyperchlorhydrie, le sont très mal dans l'hypochlorhydrie. Le vin blanc,le vinaigre, augmentent les douleurs dans le premier cas, facilitent la digestion dans le second. Les légumes,

d'une digestion pénible dans l'hyperchlorhydrie, sont favorables dans le cas contraire.

Mais le point capital, c'est le moment auquel se produit la brûlure.

Dans l'hyperchlorhydrie, le suc gastrique étant trop chargé en HCl, la douleur se produit au moment même de la sécrétion c'est-à-dire pendant le repas, ou aussitôt après le repas. Quelquefois même avant le repas, car la sensation de la faim, la vue et le désir des aliments suffisent parfois à exciter les glandes sécrétoires de l'estomac. Dans l'hypochlorhydrie, le mécanisme est tout différent. Le suc gastrique, trop pauvre en HCl, attaque faiblement les aliments, les viandes surtout. La digestion traîne en longueur. Il se forme alors des fermentations secondaires et des dégagements de divers acides dont le plus régulièrement observé est l'acide butyrique. C'est à ce moment-là que se produit la brûlure. Comme on le voit, celle-ci ne se produira donc jamais avant ni pendant le repas, mais au cours de la digestion, au plus tôt trois quarts d'heure après le repas, souvent deux ou trois heures.

Enfin, en cas de doute, on peut faire prendre au malade un repas d'épreuve dont les résultats éclaireront le diagnostic. Je ne parle pas de l'analyse du suc gastrique, ce moyen infaillible n'étant pas à la portée de tout le monde.

Selon la digestion plus ou moins pénible qui suivra ce repas, on sera toujours fixé sur la conduite à suivre.

Dans le cas d'hypochlorhydrie, le traitement du bicarbonate de soude est de règle et agit immédiatement. Mais il ne doit être donné qu'à faible dose. A dose exagérée, il est plutôt nuisible. Seule est utile la quantité nécessaire pour neutraliser l'excès d'HCl. Aller au-delà, c'est dépasser le but et nuire à la digestion. Une cuillerée à café de bicarbonate en poudre dans un demi-verre d'eau est, sauf cas exceptionnel, largement suffisante.

Dans l'hypochlorhydrie, une à deux cuillerées à café d'une solution composée de :

HCl	2 gr.
Eau distillée	180 gr.

améliore la digestion dès le premier repas et la guérison est rapide. Il est à recommander de diminuer la dose à mesure que s'améliorent les digestions.

L'hypochlorhydrie est souvent méconnue. Elle est beaucoup plus fréquente que ne le croient nombre de praticiens. Je l'ai rencontrée sept fois sur un total de vingt-quatre malades présentant au premier abord des signes d'hyperchlorhydrie. On voit l'importance d'y penser chaque fois que l'on se trouve en présence d'un malade se plaignant de brûlures d'estomac.

Dr Charles LECLÈRE.

HYDROLOGIE

Les cures thermales à domicile.

Il y a quelque temps, un médecin notoire, professeur dans un centre important d'enseignement médical, écrivait dans un journal les lignes suivantes :

« La cure thermale à domicile est loin de donner les mêmes résultats qu'à la station. L'eau des stations les plus actives devient alors souvent inefficace ; vivante au griffon, elle meurt dès qu'on la transporte. Bien plus, j'ai vu des malades faire à la station une cure dans d'excellentes conditions, avec un résultat très satisfaisant ; à domicile, la cure, même dosée par le médecin de cette station, était mal tolérée et engendrait des accidents. Enfin la prescription des cures thermales à domicile incite souvent le malade simpliste à remplacer par des cures à domicile insuffisantes une cure active à la station. »

Autant d'affirmations que n'appuie aucun fait probant, autant d'erreurs, sauf en ce qui concerne la première proposition. Il n'est pas douteux, en effet, que les cures thermales sont moins efficaces à domicile qu'à la station, Il est évident que la balnéothérapie, la physiothérapie, le changement de milieu, le repos, le grand air, toutes les adjuvances, en un mot, que comporte la ville d'eaux dans cet ordre d'idées, sont des facteurs précieux qui interviennent heureusement dans la pratique de la cure-boisson proprement dite pour la renforcer et la rendre plus efficace. Et ceci nous amène à nous demander si, toutes proportions gardées, les cures thermales à domicile ne verraient pas encore leur efficacité augmenter notablement entre les mains du médecin qui saurait placer son malade dans des conditions d'ambiance analogues à celles de la station hydrominérale.

Telles qu'elles cependant et considérées uniquement en elles-mêmes, il est faux et dangereux d'affirmer que les eaux minérales transportées n'ont aucune valeur et peuvent même engendrer des accidents. Et, sans prolonger plus longtemps notre propre argumentation, nous nous contenterons d'opposer aux lignes malveillantes ou mal informées qui précèdent, l'opinion du Dr Ausset, professeur de Climatothérapie et de Crénothérapie à la Faculté de Médecine de Lille, qui parle, avec de nombreux faits cliniques à l'appui et au nom d'une longue expérience personnelle, de questions qu'il connaît parfaitement bien ;

« Il est une très mauvaise idée, enracinée dans l'esprit du public autant que chez le médecin, à savoir : que les cures thermales à domicile

« n'ont aucune efficacité et qu'il est inutile de les « prescrire ou de les suivre, le résultat étant tout « à fait aléatoire.

« Nous ne saurions trop protester contre une « telle opinion aussi erronée qu'injustifiée. Ceux « qui émettent cette assertion n'ont certainement « jamais essayé de suivre ou de faire suivre *ra-* « *tionnellement* une cure d'eaux à domicile. Ils « ignorent que pour ces traitements d'*inter-sai-* « *sons*, il est des règles et des indications qu'il « convient d'observer de très près.

« Nous voulons donc réagir contre cette façon « de faire, et démontrer que les traitements à « domicile, s'ils n'ont pas toute l'énergie des « traitements dans la Station, sont cependant « d'une très grande utilité....

« Nous considérons en somme qu'à la base de « tout traitement thermal doit exister le séjour « auprès des Sources. C'est la partie indispensa- « ble, primordiale du traitement ; mais elle n'est « pas tout : il faut compléter la cure par des pé- « riodes de traitement tout au long de l'année, « périodes judicieusement choisies, traitement « rationnellement donné. C'est là une notion très « importante de thérapeutique hydrominérale « que nous voudrions voir bien pénétrer dans tous « les esprits. Est-il possible de dire que les eaux « si minéralisées de La Bourboule, de Châtel- « Guyon n'ont plus aucune action quand elles « sont prises loin du griffon ? Est-il vraisembla- « ble d'admettre que les eaux sulfureuses d'En- « ghien, de Cauterets, de Luchon, etc.... que les « eaux de Salies, de Vichy, de Vals, comme toutes « les autres d'ailleurs, ont perdu leur efficacité « parce qu'elles sont embouteillées ? La prati- « que journalière nous démontre le contraire (1) ».

D'ailleurs, il est un fait qui vient à l'appui de ces affirmations, c'est la faveur de plus en plus marquée que le public témoigne aux eaux minérales. Croit-on que, s'ils n'y trouvaient pas leur compte, les consommateurs d'eau de Vichy en porteraient la vente annuelle à près de trente millions de bouteilles ? Croit-on que la Reine de Vals jouirait de la vogue méritée que nous avons tant de satisfaction à constater ?

C'est, qu'en effet, la Reine de Vals qui se recommande aux médecins par ses nombreuses propriétés, peut être difficilement remplacée par aucune autre, notamment dans le traitement des affections aiguës du tube digestif de l'enfant. On sait en effet que le meilleur agent de la diète hydrique telle qu'il est indiqué de la prescrire dans la diarrhée infantile, n'est autre que l'eau de Vals (La Reine). On sait aussi qu'il n'est pas de maladie fébrile qui n'ait avantage à y recourir. Nulle autre que la Reine ne peut aussi rapidement calmer la soif des fébricitants, tempérer les ardeurs de l'acidité gastrique, pousser le rein à excréter abondamment l'urine éliminatrice des toxines infectieuses, et en même temps reminéraliser le sang appauvri.

C'est ainsi que, par ces temps de grippes avec températures plus ou moins hautes, il est utile de compléter toutes les prescriptions médicamenteuses par l'indication donnée au malade de boire tous les jours la valeur d'une bouteille d'Eau de Vals (La Reine).

Dr E.-D. GASTON.

(1) Cures thermales chez les enfants, t. I, p. 82.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE INFANTILE

Nécessité de l'emploi du lait dans l'alimentation de l'enfant au-dessous de deux ans.

En mars 1912, le Dr Rousseau-Saint-Philippe, de Bordeaux, appelait l'attention des médecins sur un point intéressant de diététique infantile et concluait à la nécessité de donner du lait à l'enfant jusqu'à deux ans. Au cours de ces dernières années, en effet, un grand nombre de farines alimentaires à base de lait desséché ont été présentées au corps médical avec la prétention d'assurer exclusivement l'alimentation infantile dès les premiers mois. Il est indéniable que ces farines stérilisées font merveille, en tant qu'aliment de régime transitoire dans les diarrhées infantiles ; et leur emploi met à l'abri des divers troubles intestinaux dus à l'infection du tube digestif, si fréquents avec le lait de vache. Mais, par contre, l'enfant nourri exclusivement avec ces farines *ne prend pas son poids normal* et présente toujours, plus ou moins, une sorte d'hypotrophie.

J'ai pu observer une dizaine de cas où, très nettement, la substitution du lait à la farine alimentaire a été le signal d'une transformation remarquable dans la croissance de l'enfant. Dans tous ces cas, il s'agissait d'un enfant de un à huit mois qui, pour une raison ou pour une autre, avait été soumis à une alimentation prolongée par une farine alimentaire à l'eau avec exclusion de lait. Le premier de ces cas — celui qui avait attiré mon attention sur ce fait — n'avait jamais pu supporter l'allaitement au sein ou au biberon. Le lait de toute origine lui donnait vomissements et diarrhée. En désespoir de cause, on le nourrissait avec une farine alimentaire, crème de riz, puis farine lactée. L'emploi de la farine lactée avait fait cesser tous les troubles digestifs, et pendant quatre mois, nourri avec ce produit, l'enfant ne présenta aucune autre anomalie qu'un peu de constipation. Mais, fait remarquable, la courbe de son poids évoluait *très au-dessous de la normale*, si bien qu'à 4 mois, l'enfant n'avait guère pris qu'un kilog de plus qu'à la

naissance. Je prescris alors le retour à l'alimentation lactée, en utilisant le lait Baskom n° 1, à la dose d'abord de deux cuillerées à soupe par jour, puis finalement et définitivement 125 gr. matin et soir. L'effet fut décisif et, dès la première semaine, le poids remontait, si bien qu'à 5 mois 1/2 c'est-à-dire après un mois et demi d'alimentation lactée, l'enfant *atteignait son poids normal.*

Dans un autre cas, l'enfant fut nourri au sein pendant un mois, avec une santé florissante. Pour des raisons étrangères, la mère le sevra et le mit au biberon ; mal surveillée, cette alimentation amena des troubles digestifs chroniques pendant deux mois environ. On conseilla alors une nourrice. Mais l'enfant, après quelqus jours, présenta une violente gastro-entérite, d'où il sortit à l'état de squelette, ne supportant, après une diète hydrique sévère, que de la farine lactée. Celle-ci fut réellement précieuse après la diète hydrique, elle fut continuée pendant deux mois, sans troubles digestifs. Mais pendant ces deux mois, l'enfant *ne prit aucun poids,* la courbe restant stationnaire. Consulté alors, je conseille de reprendre peu à peu l'alimentation lactée, en donnant au début une cuillerée à soupe de lait par jour, pour arriver progressivement à 2 biberons par jour, en conservant la farine lactée pour les autres repas. *Changement en huit jours.* Dès la première prise de lait, l'enfant reprend du poids pour arriver finalement au poids correspondant à son âge.

Mes huit autres observations sont analogues, sauf dans l'une, où l'alimentation farineuse avait en outre amené du scorbut. Dans tous ces cas, ce qui frappe, c'est le changement qui se produit dans la reprise du poids dès les premières cuillerées de lait. Et dans tous, il a suffi d'une prise de lait matin et soir seulement pour changer complètement l'allure, le teint et le poids de l'enfant.

Je conclus donc que le *lait est indispensable* à l'enfant pour assurer son alimentation et sa croissance normales, qu'on ne doit s'en passer dans aucun cas, d'une façon prolongée, que son usage peut-être restreint à deux ou trois prises par jour, que l'emploi des farines lactées alimentaires est excellent comme adjuvant du lait, mais impropre à son remplacement complet, que la substitution de ces farines au lait, toutefois, peut être autorisée, mais seulement d'une façon éphémère, comme régime de transition, au cours d'une infection gastro-intestinale, par exemple, et que le retour au moins partiel à l'alimentation lactée doit être fait le plus tôt possible.

Dr E. Roux,
(Saint-Gervais).

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

La vaccination dans la coqueluche. — L'anesthésie locale appliquée à la chirurgie. — La méthode de Bulau appliquée au traitement des pleurésies purulentes. — Les brûlures graves de l'urèthre par injections caustiques. — Les extraits de rate dans la tuberculose. — Asystolie des cardiopathies artérielles.

La vaccination dans la coqueluche.

Bordet et Gengou ayant découvert l'agent pathogène de la coqueluche, et réussi à le cultiver en certains milieux, Nicolle et Conor ont eu l'idée de préparer un vaccin dont ils se déclarent satisfaits, si nous en croyons M. Philibert, dans le *Progrès médical.*

Les cultures sur pomme de terre glycérinée, emprisonnée dans de la gélose au sang sont chauffées à 46° pendant une demi-heure, de manière à atténuer la virulence microbienne. Elles sont ensuite raclées, émulsionnées dans l'eau salée, puis centrifugées. Le culot est de nouveau repris dans l'eau salée et l'émulsion est encore centrifugée. Les bacilles sont alors dilués dans le sérum physiologique et numérés, de manière à ce qu'on injecte de 400 millions à deux milliards de germes.

Les injections se font tous les deux jours, au nombre de deux à cinq, dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre les épaules, à la face externe des cuisses, sur le ventre. Elles n'occasionnent aucune réaction ni locale, ni générale.

Les résultats ont été encourageants : 35, 57 % de malades ont été complètement guéris. Les quintes cessèrent complètement en un temps variant de 3 à 12 jours ; 38, 46 % furent très améliorés. Chez les autres enfants traités, l'effet fut nul.

L'anesthésie locale appliquée à la chirurgie.

M. Laurent Moreau, de Toulon, expose dans *La Clinique* les nombreux partis que peut tirer la chirurgie courante de la pratique de l'anesthésie locale.

Le chloroforme sera réservé aux grandes interventions sur l'abdomen, sur le crâne, etc., et dans tous les cas où il est indispensable de supprimer la conscience de l'opéré. Mais il est de nombreuses circonstances où l'anesthésie locale sera parfaitement indiquée. La cure radicale des hernies inguinales est une de ces circonstances. Avec quelques seringues de stovaïne à 1/100, on peut insensibiliser complètement les plans cutanéo-aponévrotiques et le cordon. On aura soin d'arroser le point d'émergence du nerf grand abdomino-génital, près de l'anneau.

Dans la cure du varicocèle avec résection scrotale, l'intervention est longue en raison de la

difficulté de l'hémostase. On obtiendra une anesthésie complète en insistant sur la stovaïnisation du raphé et de la cloison, que l'on doit infiltrer aussi haut que possible. Si on se contente de l'orchidopexie avec résection des veines du cordon, on injectera la stovaïne plan par plan et dans le cordon, à la racine des bourses.

On opérera de même les pleurésies purulentes et les abcès du foie. La précaution à prendre est de bien imprégner d'anesthésique la face profonde du périoste costal avant la résection costale. En ce qui concerne pourtant les abcès de la face convexe du foie, il sera souvent nécessaire de recourir à l'anesthésie générale, à cause des manœuvres longues et douloureuses que comportent le débridement des foyers et leur évacuation.

Les phlegmons et les adéno-phlegmons même de la région parotidienne sont également justiciables de la stovaïne, ainsi que les interventions sur la gorge.

Les fistules, les fissures anales, les hémorroïdes sont enfin des opérations de choix pour l'anesthésie locale.

Certains malades, bien que n'éprouvant aucune sensation douloureuse, se contractent, poussent des cris, manifestent, en un mot, quand ils sentent le contact des mains de l'opérateur dans la plaie. Cette objection faite à la méthode par certains chirurgiens est nulle, et ne saurait diminuer en rien son intérêt.

La méthode de Bulau appliquée au traitement des pleurésies purulentes.

A propos d'un cas de pleurésie purulente qu'il a traité par ce procédé, M. Brau-Tapie en donne, dans la *Province médic.*, une description, avec les modifications qu'il y apporta lui-même.

La méthode de Bulau utilise un flacon plat d'une contenance d'un litre et demi environ, entouré d'une étoffe solide, obturé par un bouchon muni de deux tubulures, l'une qui plonge jusqu'au fond du flacon garni d'une solution antiseptique, et qui par son extrémité extérieure est raccordée à un drain ; l'autre courte, destinée à l'entrée de l'air ; un drain assez long non perforé latéralement, pénétrant dans la cavité pleurale ; — une pince qui réglera l'écoulement du liquide pleural ; un gros trocart de 8 à 9 mm. de diamètre ; — un bistouri ; de la soie.

On commence par faire une ponction exploratrice pour repérer le pus à l'un des points d'élection suivants : au-dessous de l'angle de l'omoplate, vers le VIIIe ou le Xe espace intercostal ; sur la ligne axillaire postérieure ou moyenne, vers le VIIe ou le VIIIe espace ; sur la ligne axillaire antérieure, entre le Ve et le VIIe espace.

Puis, après asepsie à la teinture d'iode et anesthésie locale à la cocaïne, à la stovaïne, ou à la novocaïne, on incise sur la peau un centimètre, et par cette boutonnière, on ponctionne la plèvre, le trocart reposant sur le bord supérieur de la côte inférieure. Le mandrin retiré, le pus jaillit. On en règle l'écoulement de manière à en évacuer lentement la majeure partie. On introduit par la lumière du trocart, dans la plèvre, un drain de 12 cm. de longueur qu'on fixe à la peau par deux fils placés par l'aiguille de Reverdin et maintenus eux-mêmes au besoin par du diachylon. Le drain est alors mis en rapport avec la grande tubulure du flacon maintenu sur le côté du thorax jusqu'à la hanche, à l'aide de bandes qui forment un croisé entre l'abdomen et l'épaule opposée à l'empyème. L'appareil posé, on fait écouler le pus dans le flacon, deux ou trois fois par jour, en ouvrant la pince qui obture la lumière du drain. L'écoulement décroît de jour en jour et finit par ne plus se faire que goutte à goutte. Lorsque, vers le 50e jour, l'écoulement est réduit à une de cinquantaine de grammes par jour, on sectionne le drain, on supprime la bouteille et on la remplace par un pansement absorbant.

M. Brau-Tapie a apporté, dans le cas qui lui est personnel, les modifications suivantes. D'abord, il s'agissait d'un enfant de 9 ans. Le flacon plat fut choisi beaucoup plus petit, et enveloppé de drap seulement par son fond. La tubulure en rapport avec le drain fut coudée à 45°. La longueur du drain fut portée à 22 cm. L'écoulement du pus fut réglé seulement le premier jour ; il se fit ensuite de façon constante. Puis le flacon fut placé dans une position déclive par rapport à l'ouverture pleurale et maintenu par un double cordon, l'un en ceinture, l'autre en écharpe. Il était retiré la nuit pour permettre à l'enfant de se reposer.

La guérison fut obtenue en un mois.

Cette méthode est indiquée dans les pleurésies aiguës récentes, et contre-indiquée dans les pleurésies tuberculeuses, les empyèmes enkystés ou à parois épaisses, pour lesquels les autres méthodes reprennent leurs droits.

Les brûlures graves de l'urèthre par injections caustiques.

A l'occasion d'un cas de brûlure grave caustique de l'urèthre qu'il a observé, M. Thévenot fait une rapide revue de cette question, susceptible d'intéresser les praticiens, dans le *Progrès médical.*

Ces accidents sont relativement rares. Ils succèdent à des injections uréthrales de substances caustiques soit par erreur, soit par excès de concentration, par ignorance, ou dans l'espoir d'un résultat plus rapide. Il en résulte une nécrose plus ou moins étendue de la muqueuse qui est éliminée, soit par fragments, soit sous forme de moules parfaits du canal. A côté de ces moules muqueux, on doit distinguer les moules fibrineux, dus à la coagulation des produits albuminoïdes sécrétés par la muqueuse altérée. Ceux-ci comportent un pronostic moins grave que les premiers.

Les symptômes de ces brûlures débutent par une douleur atroce succédant immédiatement à l'injection, et par un ténesme vésical et rectal, avec rétention d'urine complète ou par-

tielle, auquel cas, les quelques gouttes d'urine émises provoquent de vives souffrances.

Au bout de deux ou trois jours, la douleur s'atténue et la miction tend à se rétablir, en même temps qu'apparaissent de petites escarres sur les bords du méat, et un écoulement purulent ou séro-purulent. Puis, la muqueuse commence à s'éliminer, soit par petits fragments, soit en bloc à l'état de cylindre noirâtre plus ou moins long. Pendant ce temps, on peut observer des phénomènes généraux : fièvre, langue rôtie, inappétence, etc.

Au bout de quelques jours, l'état paraît s'améliorer, mais ce n'est que temporaire, et rapidement apparaissent des signes de sténose du canal, que le cathétérisme permet d'apprécier. Bientôt, le rétrécissement devient infranchissable et réclame une intervention.

Comme traitement, on utilisera les calmants au début contre la douleur : morphine, jusquiame, belladone. On tentera de rétablir la miction soit par le cathétérisme évacuateur, souvent impossible, par la ponction hypogastrique, qui n'est pas sans danger, par l'urétrostomie périnéale, intervention de choix. Ultérieurement, la sténose étant constituée, on échouera généralement avec le cathétérisme dilatateur et l'uréthrotomie interne. L'uréthroplastie elle-même, avec un lambeau cutané, ne réussira pas dans tous les cas, et on en sera amené à conserver définitivement le méat périnéal créé par l'urétrostomie pour évacuer la vessie, et éviter l'infection des voies urinaires supérieures.

Les extraits de rate dans la tuberculose

Dans le *Progrès médical*, M. Bayle expose ses vues à ce sujet. Il utilise des extraits de rate de porc, soit par la voie hypodermique, soit par la voie buccale, soit par les deux méthodes associées, selon les cas.

Ce traitement agirait sur l'état général des tuberculeux qui s'améliorerait rapidement, et sur leur état local, les lésions entrant en régression au bout de 20 à 30 jours, pour se cicatriser en un temps plus ou moins long. L'auteur ne néglige d'ailleurs pas les médications adjuvantes : alimentation, aération, repos.

Ce traitement serait applicable aussi bien à la tuberculose pulmonaire qu'aux tuberculoses chirurgicales.

Asystolie des cardiopathies artérielles.

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0 gr. 50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

BIBLIOGRAPHIE

Schémas du tronc, par le Dr A. Cerné, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen. In-8° de 18 pages, avec 2 figures dans le texte. — A. Poinat, éditeur, 121, boulevard St-Michel, Paris.

Avoir sous la main, au lit du malade, un schéma exact du tronc, muni des points de repère usuels, où l'on puisse inscrire facilement et rapidement les signes pathologiques ou les contours d'un viscère, est d'une incontestable commodité.

Aussi peut-on s'étonner qu'aucun des nombreux schémas existants n'ait été adopté par les cliniciens ; c'est, en vérité, la meilleure preuve de leurs défectuosités.

M. le professeur Cerné vient de mettre à la disposition du public médical une série de six diagrammes répondant aux besoins de l'examen clinique et radiologique, et permettant toutes les notations utiles dans les différents plans du corps

L'élégante plaquette où l'A. a reproduit trois de ses diagrammes a pour but d'exposer comment la radiologie lui a permis d'établir des schémas très différents, sur beaucoup de points, des dessins de nos traités actuels d'anatomie. Elle met en relief certaines erreurs de ces traités et la nécessité d'une refonte complète dans la description du squelette du tronc et de ses rapports avec les viscères des cavités thoracique et abdominale.

Ce travail, très personnel, est d'une clarté et d'une précision remarquables : les diagrammes de l'A., d'une lisibilité parfaite, seront largement utilisés

Contribution à l'étude du syndrome de Maurice Raynaud chez l'enfant. — Dr A. Tridon. — Thèse de doctorat, Paris, 1913. Jouve et Cie, éditeurs.

Il y a, au dire de l'auteur, des formes plus ou moins anormales qui s'écartent de la description typique de Maurice Raynaud, et qu'il est cependant difficile de ne pas rattacher à cette affection considérée, non plus comme une *maladie*, mais comme un *syndrom*

Les antécédents névropathiques sont des causes occasionnelles du syndrome de Raynaud ; quant à la cause essentielle, elle a été attribuée assez hypothétiquement au spasme vasculaire, bien plus vraisemblablement à la toxi-infection, par insuffisance rénale, par tuberculose, par syphilis.

CORRESPONDANCE

Comment certains juges de paix appliquent la loi de 1898-1905. — La mentalité des experts.

Bien que les extravagances des juges de paix en général, et de ceux de X., en particulier, ne soient plus pour nous étonner, je tiens à vous donner un aperçu des agissements de ces hauts magistrats, plus occupés, semble-t-il, à défendre les intérêts des assureurs qu'à appliquer la loi dont ils devraient être les vigilants gardiens. Oyez plutôt cette histoire personnelle :

Un jour du mois de septembre dernier, un ouvrier blessé un mois auparavant, et soigné jusque-là par le Dr P., médecin de nombreuses compagnies d'assurances, vient me demander de lui donner mes soins. Naïvement confiant en les lois de mon pays, je consens à le soigner ; et, au bout de quelque temps, je lui délivre un certificat d'incapacité permanente et partielle. Le juge de paix suppléant de X., au lieu de se déclarer incompétent comme il en avait le devoir, désigne un expert, à qui il donne mandat de dire : « *Notamment si le traitement indiqué par le médecin-traitant, Dr F., est ou n'est pas favorable à la guérison* OU SI AU CONTRAIRE IL AGGRAVE L'ETAT DE LA VICTIME ; et si le traitement des pointes de feu indiqué par le Dr P., était suivi par le blessé, serait-il guéri ? »

L'expert, qui voit le blessé *deux mois après*, déclare que « *prétendre que ce traitement ait pu retarder la guérison de l'ouvrier, rien en l'état de la science médicale ne permet de poser une pareille affirmation* (c'est heureux pour moi). *Il est à remarquer toutefois que le massage n'a rien donné et qu'habituellement les pointes de feu font merveille dans ces états-là ?* » On pourrait se demander comment M. l'expert, qui a examiné le blessé deux mois après que je lui ai donné mes soins, a pu se rendre compte de son état à ce moment et de la valeur et des indications de mon traitement, si ce n'est par les renseignements à lui donnés téléphoniquement par le Dr P. (La voilà bien, l'expertise contradictoire.)

Mais revenons au juge de paix. Cette fois, c'est le titulaire qui siège. La compagnie demande que le Dr P. continue les soins : le blessé refuse. Le juge prend un moyen héroïque pour mettre tout le monde d'accord : il décide que le « *Dr A., l'expert qui prétend avoir trouvé un traitement devant guérir le blessé*, APPLIQUERA CE TRAITEMENT LUI-MÊME. »

Vous pensiez, comme moi sans doute, que les experts ne devaient pas soigner les blessés qu'ils étaient chargés d'expertiser. Le juge Z., lui, a décrété que tel était son bon plaisir, et a montré qu'une petite entorse à la loi n'était pas pour l'effrayer.

Il est vrai que l'expert a décliné l'honneur qui lui était fait. C'est dommage, car la farce aurait été complète, et je n'aurais pas été fâché de voir créer un tel précédent.

Voici donc notre blessé en panne. Les pointes de feu n'avaient pas « fait merveille », malgré l'affirmation de l'expert. Je crus devoir délivrer le certificat suivant :

« Je soussigné, docteur en médecine, exerçant à X, et y domicilié,

Considérant que le sieur P., blessé le 13 août 1913

est venu, comme la loi lui en donne le droit, réclamer mes soins le 13 septembre ;

Que, quelques jours plus tard, après un traitement approprié, j'ai fourni à cet ouvrier un certificat d'incapacité permanente et partielle ;

Mais que le juge de paix suppléant, au lieu de se déclarer incompétent, a cru devoir ordonner une expertise ;

Qu'il a demandé à l'expert, qui a examiné *deux mois après*, de : « dire notamment si le traitement indiqué par le médecin traitant Dr F. est ou n'est pas favorable à la guérison ou si au contraire, il *aggrave l'état de la victime* ; et si le traitement indiqué par le Dr P. était suivi, serait-il guéri ? »

Que ce traitement par les pointes de feu cher au Dr P. n'a pas encore « fait merveille » comme le prétend l'expert ;

Mais que le juge de paix a cru devoir demander à l'expert de continuer le traitement, estimant sans doute qu'il fallait un doigté spécial pour l'appliquer, que seul pouvait avoir un expert ou peut-être un médecin d'assurances ;

Que, dans ces conditions, étant données l'interprétation de la loi particulière à la justice de paix de X., et l'appréciation des soins donnés ou des certificats délivrés, la principale garantie du blessé apparaît illusoire ;

Déclare laisser au juge de paix de X. toute la responsabilité dans l'affaire P., et faire toutes réserves que de droit.

Dr F.

Comme vous voyez, la justice est gaie à X., et on ne s'embête pas dans les prétoires de paix.

Après lecture de ma déclaration, le juge a de nouveau renvoyé le blessé devant l'expert. Que va décider l'augure ? Sera-t-il obligé de reconnaître que le blessé n'est pas guéri, alors qu'il aurait dû l'être fin décembre d'après les conclusions de son rapport, ou bien trouvera-t-il que le traitement a été mal appliqué ? Attendons avec toute la confiance qui convient. Ne trouvez-vous pas qu'il faut une robuste santé à un médecin indépendant pour continuer à s'occuper d'accidents du travail à X. ? N'empêche que MM. les assureurs continueront à se plaindre et à crier qu'on en veut à leur coffre-fort, qui me paraît pourtant bien gardé par leurs médecins et par certains juges.

Dr F.

Les empiétements des pharmaciens.

Nous nous plaignons avec raison de gagner difficilement notre vie. Pourquoi laissons-nous bénévolement les pharmaciens rogner encore nos recettes en faisant ce qu'ils appellent : donner des conseils ? Si leur manière de faire nous cause un certain préjudice financier, il nous est encore plus désagréable de les voir se donner au public comme possédant nos connaissances techniques et le public les mettre à peu près sur le même pied que nous.

Si, dans les grandes villes la répression ne peut se faire que par la voie des tribunaux, dans les

petites localités où les membres des deux professions se connaissent, s'estiment souvent et comprennent qu'il est de l'intérêt de tous de vivre en bonne harmonie, il serait, croyons-nous, possible, par une entente cordiale, de fixer un *modus vivendi* se rapprochant davantage de la perfection.

Les syndicats pourraient s'occuper de cette question. Tel est le projet de celui que nous venons de fonder ici, mais la difficulté à laquelle nous nous sommes heurtés est de trouver une formule indiquant les limites que ne devront pas franchir les pharmaciens.

Les anciens du Concours, prévoyant la réorganisation de l'exercice de la pharmacie, avaient prévu cet article :

« Les pharmaciens peuvent délivrer à leurs clients, sans ordonnance, les médicaments dont la liste sera établie par la commission du Codex. En dehors de cette exception, le pharmacien ne pourra délivrer un médicament sans ordonnance et sous sa propre inspiration que dans les cas d'urgence ou de premier conseil, dans une maladie commençante. La répétition du fait pour le même malade, constituerait un traitement et serait puni comme exercice illégal. »

Cet article ne nous donne pas pleine satisfaction. Il n'élimine pas les faits chirurgicaux, corps étrangers de l'œil, panaris, etc. et les conseils relatifs au début d'une maladie peuvent porter sur une hernie étranglée ou toute autre affection grave réclamant des soins urgents.

Les syndicats de Rochefort et de Louhans se sont préoccupés de cette situation, mais ne nous paraissent pas avoir trouvé de solution plausible. Il est probable que d'autres groupements auront tenté l'expérience et pourraient nous en faire bénéficier tous. Peut être quelque isolé a-t-il ruminé le cas en sa tête ? Donc, nous demandons la formule inutilement cherchée par nous, espérant qu'en attendant la révision de la loi sur l'exercice de la pharmacie, cette formule publiée pourra rendre service aux confrères qui, comme nous, cherchent à sortir amiablement d'une situation irrégulière.

Dr L.

La statistique des diplômes de docteur en médecine.

Notre excellent ami, le Dr Darras, trésorier de l'Association générale, veut bien, comme suite à la correspondance publiée dans le n° 4 du *Concours*, p. 222, nous communiquer les tableaux suivants que nous publions à toutes fins utiles. Qu'il en soit ici remercié !

Diplômes d'État de Docteur en médecine.

Années scolaires.	Paris	Alger	Bordeaux	Lille	Lyon	Montpellier	Nancy	Toulouse	Beyrouth	Total
1893-94	547	»	99	46	124	54	22	27	»	919
1894-95	537	»	110	43	142	64	15	57	»	968
1895-96	594	»	107	50	137	82	32	56	8	1.066
1896-97	639	»	105	51	144	75	29	62	6	1.111
1897-98	661	»	121	51	167	96	28	56	11	1.191
1898-99	671	»	111	35	186	119	57	55	12	1.246
1899-1900	657	»	105	35	184	86	49	45	7	1.168
1900-01	679	»	84	30	185	92	21	58	17	1.166
1901-02	608	»	107	53	182	100	32	49	15	1.146
1902-03	546	»	158	52	199	97	29	34	22	1.137
1903-04	583	»	135	44	200	99	35	46	12	1.154
1904-05	527	»	114	39	180	97	28	63	30	1.078
1905-06	471	»	139	41	157	88	30	54	35	1.015
1906-07	434	»	126	34	150	86	32	54	31	947
1907-08	436	»	147	46	137	102	35	58	30	991
1908-09	440	»	120	32	144	99	29	47	25	936
1909-10	450	3	70	44	109	120	32	55	32	915
1910-11	446	16	125	37	139	130	31	67	30	1.021
1911-12	402	22	147	38	149	104	37	65	25	989
1912-13	398	12	101	40	115	114	29	69	37	915
	10.726	53	2.331	841	3.130	1.904	632	1.077	385	21.079

Diplômes d'Officier de Santé.

Années scolaires	Alger	Amiens	Angers	Besançon	Bordeaux	Caen	Clermont	Dijon	Grenoble	Lille	Limoges	Lyon	Marseille	Montpellier	Nancy	Nantes	Paris	Poitiers	Reims	Rennes	Rouen	Toulouse	Tours	Total
1893-94	3	4	»	»	2	1	»	4	3	11	»	1	7	1	1	»	8	1	»	7	5	8	1	68
1894-95	1	4	2	1	2	1	»	3	2	8	1	3	6	1	»	5	12	»	1	7	7	3	2	72
1895-96	2	5	2	»	2	1	»	1	3	6	1	1	5	4	2	4	7	»	1	5	4	6	1	63
1896-97	»	10	2	»	4	»	1	1	6	7	5	1	14	4	»	2	2	1	4	4	4	8	1	81
1897-98	1	3	1	2	7	3	1	1	4	12	2	1	8	2	»	3	22	1	1	2	7	6	2	92
1898-99	»	1	1	1	2	»	»	»	2	1	4	»	8	2	»	»	13	1	»	2	1	3	»	42
1899-1900	1	2	2	»	1	1	1	1	»	2	»	1	2	2	1	»	»	»	»	»	»	3	1	21
1900-01	1	4	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	3	1	»	1	10	»	»	»	2	2	»	25
1901-02	»	»	2	»	4	»	»	»	»	1	1	»	2	»	1	»	5	»	1	»	»	1	»	18
1902-03	»	»	»	»	»	»	1	1	»	1	1	1	1	»	»	»	3	1	»	»	»	1	»	11
1903-04	1	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	4
1904-05	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4
1905-06	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	3
1906-07	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2
1907-08	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3
1908-09	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	3
1909-10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1910-11	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	-	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1911-12	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1912-13	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

Diplômes d'Université de Docteur en médecine.

Années scolaires	Paris	Alger	Bordeaux	Lille	Lyon	Montpellier	Nancy	Beyrouth	Total
1896-97.......	1	»	»	»	»	«	»	»	1
1897-98.......	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1898-99.......	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1899-1900.....	1	»	»	»	»	»	»	»	1
1900-01.......	6	»	»	»	»	»	»	»	6
1901-02.......	4	»	1	»	4	5	2	»	17
1902-03.......	7	»	1	»	8	17	3	»	36
1903-04.......	8	»	1	»	5	13	5	»	34
1904-05.......	23	»	1	1	3	9	2	»	42
1905-06.......	10	»	2	»	6	22	1	»	43
1906-07.......	15	»	»	»	6	7	2	»	31
1907-08.......	25	»	3	»	3	11	2	»	46
1908-09.......	26	»	»	1	5	12	4	»	48
1909-10.......	34	»	»	»	3	13	2	»	52
1910-11.......	37	»	»	»	3	17	5	»	64
1911-12.......	60	»	»	»	6	21	3	»	90
1912-13.......	35	»	1	»	1	24	5	»	70
	292	»	10	2	53	171	17	»	581 *

(*) Sur ces 581, DOUZE ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

Définition de l'accident de travail.

Rien n'embarrasse comme une définition. Nous prions les lecteurs du *Concours médical* de nous donner leur avis au sujet de celle que nous leur proposons :

« Tout trouble survenu dans l'ordre *anatomique ou physiologique* dans un délai de *quelques jours*, et à *cause des conditions* où s'exerce une profession — doit être considéré comme *accident du travail* ».

Par exemple : un ouvrier, après un séjour prolongé dans l'eau, se voit atteint de rhumatisme aigu ;

Un forgeron, après une exposition prolongée au feu du haut-fourneau, change d'atelier — est saisi d'un frisson brusque. Dans les jours qui suivent, on constate une pneumonie.

Nous accueillerons toutes les communications que l'on voudra bien nous faire au sujet de cette définition.

Dr D.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Principes généraux.

Des études qui précèdent ressortent les conclusions suivantes, formulées sous forme de principes généraux.

1° *Il y a incompatibilité absolue entre le rôle de médecin traitant un malade et les fonctions médico-administratives que comportent les lois sociales.*

2° *Cette incompatibilité fait actuellement du praticien un être hybride, dont les deux consciences, la privée et l'administrative, sont en conflit perpétuel l'une avec l'autre, la première ne devant s'inquiéter que de l'intérêt de l'individu, l'autre en faisant bon marché pour ne s'occuper que de l'intérêt collectif. Il en résulte que, d'une part, l'individu risque d'être lésé par celui-là même en qui il a placé sa confiance, que, d'autre part, l'administration risque d'être mal servie par le même être, à qui elle aura donné un mandat.*

3° *Pour que, d'un côté, les intérêts de l'individu soient défendus ; pour que, d'autre part, les lois sociales soient appliquées et donnent leur maximum de rendement, pour la sauvegarde de la Société, il faut exonérer les médecins praticiens de toute fonction administrative, les laisser uniquement occupés de leurs malades, et créer à côté d'eux, mais non contre eux, des fonctionnaires docteurs en médecine, exclusivement chargés de l'application des lois sociales, et auxquels l'exercice de la médecine soit complètement interdit ;*

4° *Il existe d'ailleurs déjà des fonctionnaires docteurs en médecine dans ce cas ; ce sont, par exemple, les directeurs des bureaux d'hygiène, les inspecteurs départementaux du service de l'hygiène, etc.*

Les médecins militaires, les médecins des asiles d'aliénés, des prisons, sont aussi des fonctionnaires avant tout. Et si, par surcroit, ils donnent leurs soins aux soldats, aux aliénés, aux prisonniers, c'est que légalement, ces trois catégories d'individus ne s'appartiennent plus, mais sont devenues la propriété, en quelque sorte, de l'Etat qui a le devoir de les soigner et le droit de le faire comme il l'entend dès qu'ils sont malades.

Ces fonctionnaires docteurs en médecine en ce qui concerne les deux premières catégories, n'ont pas le droit d'exercer la médecine civile particulière

5° *Les fonctions administratives que peut détenir actuellement le praticien lui rapportent beaucoup d'ennuis et peu d'argent. Le système de la séparation des pouvoirs que nous préconisons lui fera perdre très peu d'argent et gagner beaucoup d'indépendance et de tranquillité.*

Correspondance

I

Je suis avec la plus grande attention l'étude que vous avez commencée sur le rôle social du médecin, et, puisque vous avez réclamé tous les avis sur la question, je vous demande la permission de vous donner le mien.

Vous avez, comme le font parfois les mathématiciens, supposé le problème résolu ; vous tirez une bissectrice dans le corps médical et vous dites : à droite les praticiens, à gauche les fonctionnaires docteurs en médecine, et vous vous proposez, je le vois, de démontrer que votre solution d'abord est possible, et ensuite qu'elle est la seule possible.

Mais le diable, c'est que votre bissectrice passe aussi dans notre portemonnaie : pour ma part, je vois bien que la solution me fera perdre environ quatre cents francs par an et, par contre, je ne vois pas ce qu'elle me donne.

Car, enfin, il ne faut pas exagérer. Vous ne me croiriez pas si je vous disais que ces fonctions sociales que j'ai pu avoir à remplir ne m'ont jamais causé aucun ennui, et en effet, j'ai eu à leur sujet quelques moments d'impatience, mais cela n'a pas été bien grave et je n'en suis pas mort — je veux dire que ma situation personnelle n'en a pas sensiblement souffert.

Songez, mon cher confrère, que, par les temps qui courent, avec l'encombrement professionnel, nous devons, nous les ruraux, faire flèche de tout bois pour boucler notre budget en fin d'année. Vous nous conseillez bien de relever nos honoraires et nous ne demandons pas mieux que de suivre vos conseils, mais encore faut-il que nous le puissions, et l'entente syndicale entre médecins ne fera pas que nombre de nos clients soient en situation de nous payer trois francs lorsqu'ils n'auront que quarante sous. On ne peut que saigner suivant le bras, disait autrefois un vieux médecin qui exerçait dans ma région. Eh bien ! ces

quelques centaines de francs, lorsque nous les touchons chez le percepteur, nous font oublier les petits ennuis que nous avons pu avoir, et bouchent un petit coin du trou, qui périodiquement se produit dans notre budget.

Si du moins vous pouviez nous donner quelque compensation.

Excusez ces considérations peut-être un peu terre à terre, mais croyez bien que pour nous, elles ont leur valeur et j'ai cru qu'il convenait de vous les signaler.

Réponse.

Vous voyez bien, avec notre système, ce que vous perdez, vous ne voyez pas ce que vous gagnez. Permettez-nous de vous répondre que vous regardez mal.

Et d'abord, à quoi correspondent les quatre cents francs que vous craignez de vous voir échapper, le jour où les praticiens exerçants seraient déchargés de toute fonction, si minime soit-elle ? Car, si vous y faites rentrer, par exemple, le produit de vos soins aux assistés, laissez-nous vous faire remarquer que vous êtes dans l'erreur ; le projet que nous avons en vue laisse aux praticiens TOUT ce qui concerne le traitement des malades, et ne leur retire que les fonctions administratives. Ainsi, si vous êtes inspecteur des enfants du premier âge, que vous soignez en même temps alors qu'ils sont malades, vous continuerez à les soigner et à recueillir le bénéfice de ce travail, mais vous cesserez de les inspecter. Et alors, nous vous le demandons : quel profit retirez-vous de cet inspectorat ? Quelques centaines de francs, répondrez-vous. Mais comptez-vous pour rien le temps passé à aller voir une fois par mois les nourrissons qui sont à l'extrême limite de votre circonscription, là où vous n'avez que très rarement l'occasion de vous rendre pour vos propres clients ? Et si, attendant l'occasion, qui peut ne pas se présenter de longtemps, d'être appelé par un de ces rares clients éloignés, pour voir en même temps les nourrissons de cette région éloignée, vous restez un mois, deux mois sans les inspecter, comptez-vous pour rien, le remords que vous devez éprouver d'une négligence dans votre service, sans parler des risques que vous courez : risques de réprimande, voire de révocation, avec leur répercussion sur votre réputation ?

Et puis, il y a les ennuis, les moments d'impatience dont vous parlez, et dont vous ne spécifiez pas la cause. Voyons, faites un retour sur vous-même, Souvenez-vous des nombreuses fois où, à la suite d'un de ces ennuis, où, au cours d'un de ces moments d'impatience, vous avez pris la plume pour envoyer votre démission à qui de droit. Vous verrez que, tout compte fait, les quatre cents francs amputés de votre budget par notre bissectrice, pour employer votre expression imagée, seront compensés au centuple par la tranquillité, l'indépendance absolue, l'absence de toute responsabilité et de tout souci administratif que vous y trouverez.

II

Mon cher Confrère,

Vous avez, je crois, trouvé la solution véritable du problème.

Oui, il y a un rôle social que, seul, peut remplir un homme pourvu de connaissances médicales, mais il n'y a aucune nécessité à ce que ce rôle social soit rempli par l'universalité de ceux qui détiennent le diplôme de docteur en médecine. Non seulement, il n'y a pas nécessité, mais il y aurait très grand inconvénient.

Vous avez, avec juste raison, insisté sur l'incompatibilité des devoirs qu'a le médecin envers l'individu, son client, et ceux qu'il aurait à remplir envers la collectivité : il ne peut satisfaire aux uns sans sacrifier les autres.

Et c'est pour cette raison qu'il est indispensable qu'il y ait une séparation radicale et complète entre, d'une part, les médecins praticiens et, d'autre part, les fonctionnaires docteurs en médecine.

Quelles objections pourrait-on faire à une telle conception ? Qu'il y a déjà trop de fonctionnaires et que c'en sera augmenter le nombre ? Mais il s'agit bien plutôt de concentrer entre un nombre plus restreint de mains des fonctions actuellement éparpillées et insuffisamment remplies. Quelques confrères diront peut-être que la réforme leur ferait perdre quelques centaines de francs par an. Ils les récupéreront par ailleurs et ils pourront, si la chose leur agrée, entrer dans le corps des fonctionnaires.

Ce qu'on ne pourra pas dire, tout au moins, c'est que, dans son ensemble, le corps médical n'y gagnera pas.

Actuellement, le médecin, si peu fonctionnaire qu'il se croie en tant que vaccinateur ou inspecteur des nourrissons, par exemple, n'en est pas moins sous la coupe du préfet qui est lui-même sous la coupe du député, lequel doit être l'humble serviteur des agents électoraux, membres des comités et autres autorités aussi inconscientes qu'incompétentes..... et nous le voyons, ce médecin, de temps à autre, payer ses velléités d'indépendance

Gare à lui s'il ne continue pas à saluer le maire qui affecte de ne pas lui rendre son salut ; gare, s'il a refusé un certificat à la femme d'un électeur qui sauve la République plusieurs fois par jour ; gare si ses convictions ne s'adaptent pas assez vite et assez complètement aux nuances variables des partis qui se succèdent avec la rapidité que l'on sait.

Encore n'est-il jamais sûr de rien : Voyez le Dr S. révoqué, il y a quelques mois, pour délit d'opinion ; il reste révoqué, bien que ceux dont il partageait hier les idées soient au pouvoir aujourd'hui.

Que ceux qui choisiront la carrière administrative continuent dans l'avenir à être exposés aux coups de

l'autorité, ce sera leur affaire : ils auront dû peser les avantages et les inconvénients de la situation ; dans tous les cas ils ne seront pas tiraillés en sens contraire par des devoirs différents. Ils ne seront plus médecins, ils seront fonctionnaires, munis sans doute du diplôme de docteur en médecine, mais comme d'autres sont munis du diplôme de docteur en droit, et ils seront régis par un statut spécial. Le corps médical, lui, ne sera plus en butte à des exigences et à des vexations incompatibles avec son caractère et sa dignité.

La fonctionnarisation complète de quelques-uns aura sauvé la masse d'une fonctionnarisation certaine et à coup sûr progressive.

Réponse

Oui, vous avez raison. Nous croyons être dans le vrai, bien que nous n'ayons nulle prétention d'imposer nos idées à qui que ce soit.

Le travail que nous avons entrepris et que nous poursuivons, après y avoir longuement réfléchi, après en avoir longuement discuté entre nous, sera soumis d'ailleurs aux syndicats médicaux, qui en adopteront ou non les conclusions.

Nous avons envisagé les différents intérêts en présence : les intérêts de la société, ceux des malades pris en tant qu'individualités, ceux des médecins enfin, qui nous sont évidemment les plus chers, et nous cherchons en toute bonne foi la solution du problème qui donnera le maximum de satisfaction à ces intérêts si divers. Et nous remercions bien vivement tous ceux qui, comme vous, voudraient bien nous aider dans cette tâche ardue.

LA MÉDECINE AU PARLEMENT

La vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée

Le Sénat vient de voter le projet de loi déposé par M. Léon Labbé, et dont voici le texte :

« Article unique. — La vaccination antityphoïde est obligatoire à l'égard des militaires de l'armée active.

« Dans le cas où les circonstances paraîtraient l'exiger, une décision ministérielle pourra en prescrire l'application aux militaires des réserves convoqués pour une période d'instruction ».

M. le professeur Vincent assistait M. le ministre de la Guerre, en qualité de commissaire du gouvernement.

Nous trouvons dans un récent éditorial de *La Clinique*, une excellente critique de ce vote, que nous n'hésitons pas à reproduire :

Dans une précédente chronique, j'annonçais que M. le sénateur Labbé avait déposé au Sénat un projet de loi tendant à rendre la vaccination antityphoïde obligatoire dans l'armée. J'étais bien loin de me douter que ce projet allait être adopté pour ainsi dire séance tenante et sans l'ombre de discussion ; c'est cependant ce qui a eu lieu, sans que l'on ait pris la peine de consulter l'Académie de médecine, le Comité de santé, la Commission mixte d'hygiène et d'épidémiologie.

Ce vote, d'une importance capitale en principe, car il consacre une tendance de plus en plus marquée de l'exécutif à empiéter sur le domaine médical, a passé inaperçu. C'est à peine si les journaux politiques l'ont enregistré, comme s'il s'agissait d'une mesure ne soulevant aucune objection ; deux lignes seulement ont suffi pour communiquer aux lecteurs de ces journaux une nouvelle moins intéressante évidemment, pour la masse d'entre eux, que l'annonce de l'ouverture d'un thé tango ou de la transmission des pouvoirs de M. Albert Carré aux frères Isola

Les objections à faire ne manquent pas cependant, et dans ma chronique, j'avais énuméré à l'avance les principales d'entre elles. Au Sénat, M. Chautemps a surtout insisté sur l'étrangeté d'une décision prise en l'absence d'avis de tout corps compétent

« ..... Le jour où l'on décrète, m'a-t-il dit, qu'une opération sera obligatoire, on a le devoir strict de prendre toutes les précautions nécessaires, de s'entourer de tous les renseignements indispensables pour que le vaccin imposé soit celui offrant le moins d'inconvénients. Alors je me souviens qu'il existe, Monsieur le ministre de la guerre, une Commmission mixte d'hygiène et d'épidémiologie militaires. Je demande que cette Commission fasse connaître son avis, lorsque le moment sera venu. »

L'*Association de la Presse médicale française* doit s'occuper prochainement de la question, et l'un des deux Syndicats médicaux parisiens, le *Syndicat médical de Paris*, s'est déjà prononcé. Son Conseil d'administration constate d'abord que la statistique médicale de l'armée établit une diminution constante d'année en année de la morbidité et de la mortalité typhoïdiques, puisque le nombre des décès est tombé à 0.31 °/oo en 1910 alors qu'en 1880 il était de 3,20 °/oo ; d'autre part que c'est toujours dans les corps d'armée du Midi que les épidémies typhoïdiques se montrent, et du fait des défectuosités bien connues de l'hygiène urbaine des villes de garnison ; il estime donc qu'il y a urgence, non pas à vacciner obligatoirement les troupiers, mais à mettre les villes de garnison malsaines en demeure d'exécuter les travaux d'hygiène nécessaires, sous peine de voir retirer les troupes... ; que d'ailleurs la vaccination rendue obligatoire permettrait aux municipalités d'ajourner *sine die* les améliorations de l'hygiène urbaine reconnues indispensables ; ce serait un grave recul de l'hygiène....

C'est précisément ce que j'avais écrit dans ma chronique.

Le Conseil d'administration du Syndicat médical de Paris termine son exposé en constatant que l'Académie de médecine ayant demandé que la vaccination soit faite simplement à titre facultatif, il est inadmissible que l'on impose à des médecins l'obligation de pratiquer cette opération. C'est un empiètement sur la conscience médicale d'autant plus grave que cette vaccination comporte des contre-indications qui sont très difficiles à préciser à l'arrivée des recrues.

Il y a là de telles menaces pour l'indépendance professionnelle des médecins, que le Syndicat médical de Paris décide d'en saisir l'Union des Syndicats médicaux.

Nous avions précédemment enregistré la protestation que Granjux a publiée dans le *Bulletin médical* à cette occasion. Quel que soit le résultat de l'initiative prise par le Syndicat de Paris, il est bon que nous protestions toutes les fois qu'il y a une violation manifeste, de la part de nos grands dirigeants, de l'obligation morale qu'ils ont de prendre l'avis des techniciens dans toutes les questions spéciales où ils sont incompétents.

La loi votée par le Sénat est doublement dangereuse ; 1° au point de vue spécial de la vaccination antityphoïdique qui, quoi qu'on en ait pu dire, n'a pas encore fait suffisamment ses preuves pour qu'on soit autorisé à l'imposer obligatoirement aux soldats ; 2° au point de vue général des *empiètements de l'exécutif sur le domaine médical*, comme le dit fort justement le rédacteur de la *Clinique*.

Il importe que nous réagissions contre ces tendances et que, dans nos groupements organisés, il y ait une attitude très nette prise à cet égard, ainsi que dans la presse médicale.

Voilà pourquoi nous croyons bon de porter ces faits à la connaissance de nos lecteurs autant par souci de l'information que pour les tenir en un perpétuel « qui vive ! », en ces temps troublés où l'indépendance médicale est à chaque instant mise en question.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Les médecins de bureaux de bienfaisance de Toulouse.

Il y a une crise des médecins des bureaux de bienfaisance de Toulouse. Nos confrères ont élaboré un projet de réforme ; la commission du bureau de bienfaisance de son côté a présenté un projet de statut. On ne s'est pas mis d'accord de part et d'autre : d'où, conflit.

Mais voici les documents :

Bureau de bienfaisance de Toulouse.

Projet de réforme demandé par les médecin

Le corps médical du Bureau de Bienfaisance de Toulouse, après en avoir délibéré en assemblée générale, a décidé de demander à l'administration de modifier le régime actuel, tant au point de vue du service médical et des émoluments y affectés qu'au point de vue de la répartition des secours aux assistés.

Projet de réforme.

Corps médical. — 1° Le nombre des médecins titulaires de circonscriptions reste fixé à 20.

Ces médecins sont nommés pour 20 ans.

Ils auront droit à 21 jours de congé par an.

Leur traitement est fixé à 1.200 et porté à 1.500 francs au bout de la dixième année.

2° Les médecins titulaires sont doublés d'un nombre égal de médecins suppléants. Ceux-ci assureront le service d'urgence et le service de circonscription pendant le congé annuel du titulaire.

Les médecins suppléants recevront une allocation de 200 francs par an.

En dehors des congés annuels, les médecins suppléants recevront pour le remplacement des médecins titulaires une part de leur traitement correspondant à la durée du remplacement

3° Deux médecins accoucheurs avec traitement de 1.200 francs ; deux médecins accoucheurs adjoints, allocation de 200 francs.

Trois médecins spécialistes, traitement 900 francs, puis 1.200 francs.

(Momentanément, en ce qui concerne le médecin laryngologiste, dont la consultation est peu chargée, le traitement actuel pourrait être conservé, avec la consultation une fois par semaine).

Médecins spécialistes suppléants, allocation de 100 francs.

Les médecins titulaires des crèches recevront un traitement de 900 francs par an (les suppléants de crèche, 200 francs par an), puis 1.200 francs au bout de la dixième année.

Assistés. — Pour répondre plus exactement à l'esprit de la loi de 1893 et pour répartir aux assistés d'une manière plus judicieuse les soins nécessaires, le service sera réorganisé de la façon suivante :

1° Remaniement des vingt circonscriptions par le corps médical lui-même.

2° Création d'une consultation quotidienne (dimanche excepté), à une heure fixe, dans une salle du bureau central, aménagée à cet effet. Cette consultation sera assurée par un médecin (1.200 francs) désigné par ses confrères et assisté d'un infirmier rétribué.

3° A cette salle de consultation sera annexée une salle de pansement pourvue d'une boîte de secours d'urgence, etc. Tous les assistés malades qui pourront se déplacer devront se rendre à cette consultation, toujours assurée par le même médecin. Celui-ci aura

seul qualité pour prescrire directement ou après avis spécial du médecin de circonscription, les bons de lait, de viande, de bouillon, d'appareils orthopédiques, de bains, etc. ; une comptabilité de ces prescriptions sera très exactement tenue à jour par les soins de l'infirmier de visites et permettra ainsi d'éviter bon nombre d'abus.

4° Les assistés malades qui ne pourront se déplacer devront faire déposer leur carte de secours, le matin avant huit heures, chez le médecin de circonscription, pour recevoir sa visite en temps normal dans la matinée. Néanmoins ils recevront des soins dans la journée s'ils ont déposé cette carte, avant midi pour les assistés logés dans la banlieue, et avant deux heures pour ceux de la ville.

5° De trois heures à sept heures, un service d'urgence sera créé et assuré par les médecins suppléants à tour de rôle. Les appels d'urgence devront être adressés au dispensaire du bureau central qui, le cas échéant, fera prévenir le médecin suppléant de service.

6° Les médecins spécialistes donneront trois consultations par semaine.

Le tableau suivant indiquera assez clairement la différence de situation qui existe entre le médecin de l'Assistance à Toulouse et celle des médecins chargés du même service dans les autres grandes villes de France :

Traitement des médecins. — Angers, 1.000 francs par an ; Tours, 1.160 francs par an ; Nancy, 3.000 francs par an ; Lille, 1.000 francs par an ; Lyon, 2.000 francs par an ;Le Hâvre, 1.000 francs par an ; Nantes : 1.200 francs par an ; Bordeaux, 1.200, 1.500, 1.800 francs (par 5 années de service) ; Montpellier, 1.000 francs par an ; Marseille, 800 francs par an (50 médecins, 9.000 assistés) ; Nice, 1000 francs, 1.500 francs par an ; Orléans, 5 francs par heure de consultation, 1 fr. 25 par quart d'heure supplémentaire, 1 franc par visite de nuit ; Brest, 5 francs, 1 fr. 25, 1 fr. 50 et 3 francs ; Toulouse, 500 francs avec 23.000 assistés.

Un simple coup d'œil suffit à démontrer l'inégalité qui existe entre la situation faite aux médecins de l'Assistance dans les grandes villes françaises et celle des médecins de Toulouse, appelés, cependant, à desservir un plus grand nombre d'assistés, dans un périmètre beaucoup plus étendu (18 kilomètres de diamètre).

7° Une consultation spéciale permettant de donner des traitements externes sera instituée pour les maladies cutanées et syphilitiques.

A cet effet, le corps médical émet le vœu que le nombre des dispensaires soit augmenté avec des consultations pour toutes les spécialités de la médecine et de la chirurgie.

8° Le service de vaccination est supprimé au bureau de bienfaisance par le département assurant ce service avec le bureau municipal d'hygiène (loi de 1902).

9° Conformément à la loi de 1893, le corps médical demande à participer à l'examen des inscriptions des indigents sur les listes d'assistance ; il désignera deux de ses membres à cet effet.

Tels sont les vœux et les désirs du corps médical tout entier, fortement uni aujourd'hui. Il nous a paru qu'une commission administrative éclairée par les faits et soucieuse de justifier son rôle important ne pouvait hésiter à y donner entière satisfaction.

Il nous serait impossible, d'ailleurs, dans d'autres conditions, d'assurer le concours de notre travail et d'appliquer aux indigents de Toulouse les bienfaits de la loi de 1893.

(*Suivent les 52 signatures des médecins de l'Assistance publique*).

D'autre part, l'article 4 d'un projet de la commission est ainsi conçu :

« Les médecins du bureau de bienfaisance seront nommés pour cinq ans, et pourront être renouvelés chaque cinq ans, pendant une période de vingt années. »

Les médecins acceptent bien la possibilité de non renouvellement pour invalidité ou faute professionnelle ; mais hors ces deux cas, ils demandent que les mots « pourront être renouvelés » soient remplacés par « seront renouvelés. »

N'ayant pas obtenu satisfaction, ils avaient annoncé qu'ils cesseraient leur service à dater du 15 janvier dernier.

Le Syndicat des médecins de Toulouse s'était, de son côté, solidarisé avec eux, ainsi qu'en témoigne cette lettre adressée à tous les médecins de la ville.

Toulouse, le 29 décembre 1913,

Mon cher confrère,

Vous connaissez la crise du Bureau de bienfaisance et la décision de l'unanimité des médecins de ne pas accepter le renouvellement de leurs fonctions après le 1er janvier prochain s'il ne leur est pas donné satisfaction sur deux points : la réorganisation du service et le relèvement de leur indemnité.

En la circonstance , le Syndicat a pris, à l'unanimité, l'engagement, que, conformément au Règlement déontologique, *aucun de ses membres n'accepterait la moindre fonction du Bureau de bienfaisance au détriment des médecins actuels du Service.*

C'est cette décision que le bureau porte à votre connaissance en vous invitant à vous y conformer scrupuleusement.

Il a décidé de la porter aussi à la connaissance des médecins non syndiqués, sûr qu'ils n'hésiteront pas, eux aussi, à remplir leur devoir confraternel.

Veuillez, mon cher confrère, agréer l'expression de nos meilleurs sentiments

Pour le Bureau du Syndicat et par ordre :

Les médecins du Bureau de bienfaisance se sont ravisés, et la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse*

nous apprend qu'ils ont demandé l'arbitrage du Préfet, qui a accepté leur proposition, à la condition qu'ils assurent le service jusqu'au jour où il aura rendu sa sentence.

On peut se demander pourquoi nos confrères, au lieu de recourir au seul arbitrage du préfet, n'ont pas songé à constituer un tribunal d'arbitrage composé de trois membres dans lequel le corps médical aurait pu par exemple être représenté par le président du syndicat.

On peut se demander aussi, et la question a ici une portée beaucoup plus haute, pourquoi le syndicat des médecins de Toulouse accepte, pour le bureau de bienfaisance de cette ville, un régime que la véritable doctrine syndicaliste repousse ordinairement, à savoir : le *forfait* et le *monopole*

Ne serait-il pas plus conforme aux aspirations du corps médical de réclamer au contraire le paiement à la visite et le libre choix ?

Qu'on ne nous objecte pas que ce projet est en l'espèce irréalisable. Au dernier banquet des médecins du bureau de bienfaisance de Paris, le directeur de l'Assistance publique lui-même, M. Mesureur, a, dans son allocution, établi implicitement, par les chiffres qu'il a produits, que rien ne serait plus facile que d'organiser, pour l'assistance parisienne à domicile, le libre choix et la rémunération à la visite

S'il en était ainsi, le conflit actuel n'aurait plus de raison d'être, et nous ne verrions pas de très honorables confrères en arriver à discuter avec une administration sur le point de savoir s'ils doivent accepter ou non d'être remerciés le jour où ils auront cessé de plaire.

G. D.

MÉDECINE SOCIALE

Nous lisons dans le *Temps* du 29 janvier 1914, la lettre suivante :

La revision de la loi sur les aliénés.

Lettre ouverte à MM. les membres du Sénat.

Messieurs les sénateurs,

Vous êtes appelés à voter une loi grave, celle qu'on vous propose de substituer à la loi de 1838 « sur les aliénés ».

Vous voulez avec raison qu'on édicte les précautions nécessaires pour empêcher toute atteinte possible à la liberté individuelle. Mais vous voudrez certainement aussi que ces précautions soient réellement efficaces et qu'elles ne lésent pas des intérêts et des sentiments respectables.

Or, la loi votée par le Sénat en première lecture et qu'il s'est réservé de modifier à la seconde ;

1° Lèse sans utilité les intérêts et les sentiments que vous ne pouvez pas ne pas vouloir ménager

2° Ce qui n'est pas moins grave, sera inopérante dans les cas où précisément il serait désirable qu'elle opérât.

1° *Elle lèse des intérêts respectables.*

a) Il est légitime et conforme aux principes de notre droit public que ne soient internés qu'en vertu d'une décision judiciaire les *aliénés criminels*, ou ceux *qui protestent* contre leur placement d'une façon habituelle et cohérente. Mais ces malades représentent au maximum dix pour cent de la totalité. Entendez bien, dix pour cent au maximum.

Ne serait-il pas odieux d'imposer, même après six mois de séjour à l'asile, aux quatre-vingt-dix autres, qui ne sont pas criminels, ni protestataires, un jugement humiliant, et de transformer ainsi les asiles et maisons de santé en des sortes de prisons où l'on n'entrerait que par autorité de justice ?

b) Sous prétexte d'empêcher les mauvais traitements dont, de très loin en très loin, quelques enfants plus ou moins arriérés ou quelques vieillards affaiblis sont victimes à leur domicile, et qu'on peut protéger par d'autres moyens, ne serait-il pas odieux d'imposer la violation du foyer domestique aux centaines de familles qui soignent avec abnégation et dévouement un de leurs parents affecté, par exemple, de mélancolie, de paralysie générale ou de démence sénile ?

c) Ne serait-il pas odieux, sous prétexte d'obvier aux internements arbitraires dans les asiles de l'étranger, qui sont surveillés comme les asiles français, de contraindre les familles à divulguer l'infirmité qui atteint l'un des leurs, en les obligeant à déclarer le placement au procureur de la République du lieu de résidence du malade?

Si ces mesures vexatoires devaient avoir d'autres résultats que d'atteindre ceux qui sont le plus dignes d'être ménagés par la conscience qu'ils apportent à l'accomplissement de leurs devoirs, on pourrait peut-être s'y résoudre.

2° *Mais la loi sera inopérante. Elle lèsera ceux qu'on ne voudrait pas toucher ; elle n'atteindra pas ceux qu'on voudrait frapper.*

a) Que se propose-t-on ? D'empêcher les internements arbitraires ? A-t-on réfléchi que la décision judiciaire n'intervenant nécessairement qu'après six mois de séjour du malade à la maison de santé, si les précautions actuelles sont, comme on le prétend, insuffisantes pour empêcher les internements en question, les gens mal intentionnés auront tout loisir pour les réaliser.

Que ceux qui assurent connaître des exemples d'internement arbitraire vous disent s'ils en ont vu qui aient duré plus de six mois. La loi jouera, mais trop tard. Si ceux qui l'ont préparée avaient mieux connu les malades qu'elle vise, ils vous auraient proposé la décision judiciaire immédiate pour les aliénés protestataires comme pour les criminels, et ils ne vous auraient pas proposé de l'appliquer, même après six mois, aux malades non protestataires.

b) Le procureur de la République, c'est entendu, pourra pénétrer directement ou par ses délégués au domicile des malades soignés chez eux quand les parents auront fait la déclaration prescrite. Mais le rapporteur de la loi a-t-il la simplicité de penser que ceux qu'on vise, et qui sont déjà justiciables du Code pénal, feront la déclaration sur laquelle on compte pour les atteindre? Ils la feront d'autant moins que les victimes habituelles des séquestrations à domicile sont, je l'ai dit, des enfants arriérés ou des vieillards affaiblis dont on pourra plus d'une fois contester qu'ils soient visés par une loi relative aux aliénés.

c) On exigera une déclaration au procureur de la République de la résidence du malade quand celui-ci sera placé dans une maison de l'étranger ? Fort bien. Mais s'il est placé dans une maison ouverte non soumise à une surveillance légale ? Et ce sera le cas pour 80 pour 100 des malades émigrés. On n'aboutira de la sorte qu'à faire affluer les malades français dans les maisons ouvertes de Belgique ou de Suisse, dont on ne pourra pas modifier le régime légal comme on menace de le faire si malencontreusement pour les maisons ouvertes françaises.

Ainsi, messieurs les sénateurs, la loi qu'on vous propose, du moins pour les dispositions que je viens de viser, fera beaucoup de mal sans atteindre les buts qu'elle poursuit.

Vous y regarderez, j'en suis sûr, avant de la voter définitivement. Vous rendrez hommage au zèle habituel du rapporteur, mais vous vous direz que les bonnes intentions ne suffisent pas toujours pour faire une bonne loi : il faut une documentation et pour les lois comme celle dont il s'agit, une documentation technique qui a fait défaut à votre rapporteur.

Vous exigerez que cette documentation, dont plusieurs membres du Sénat et non des moindres, d'accord d'ailleurs avec le gouvernement, ont senti la nécessité, vous soit fournie par qui peut la donner avec autorité, ne fût-ce que pour préciser la signification indécise de certains des termes techniques employés dans le rapport. Vous n'imiterez pas l'exemple d'un de mes vénérés collègues à l'Académie de médecine qui est aussi le vôtre au Sénat, que j'ai entendu proclamer publiquement, à la vérité avec trop de modestie, une incompétence où l'on n'a pas le droit de se complaire quand on a un vote grave à émettre. Vous voudrez que ceux d'entre vous qui ne l'ont pas puissent se faire une compétence avant de déposer dans l'urne un bulletin duquel dépendront la tranquillité et, dans une certaine mesure, l'honneur de beaucoup de familles.

La loi qu'on vous propose, telle qu'on vous la propose, serait un malheur public. Elle n'apporterait à la liberté individuelle aucune garantie nouvelle et serait pour nous tous une menace éventuelle. Seuls les médecins y trouveraient leur compte qui seraient par elle dégagés de lourdes responsabilités, ou pourvus de quelqu'un des nombreux emplois qu'il faudra, malgré la détresse des finances publiques, créer pour permettre aux parquets d'exercer, au domicile des malades, la surveillance inutile et vexatoire dont on nous menace. Ce sont pourtant les médecins qui protestent le plus haut, n'ayant pas l'habitude de subordonner l'intérêt public à leurs intérêts particuliers ; c'est dans l'intérêt public, non dans l'intérêt médical, que vous aurez la sagesse de légiférer.

Agréez, etc

GILBERT BALLET,
**Professeur de clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.**

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Conventions médico-mutualistes.

Nous sommes, au *Concours médical*, résolument partisans de la liberté absolue du médecin et du malade, quelle que soit la situation de ce dernier. Nous considérons par conséquent les conventions passées entre mutualités et syndicats médicaux, comme répondant à une situation temporaire, une situation d'attente. C'est à ce titre que nous publions les documents qui suivent, et qui émanent de l'un des syndicats les plus actifs que nous connaissons.

Nous publions également la très intéressante initiative prise par ce même syndicat pour assurer le transport confortable des malades ou blessés d'un point de l'arrondissement à l'hôpital de Meaux. Mais nous nous permettrons de demander à nos confrères pourquoi, au lieu de laisser entre les mains de la commission administrative de l'hôpital, l'organisation et l'exploitation de ce service, ils n'en ont pas fait la chose du Syndicat.

Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux

Mon cher Confrère,

Nous vous envoyons la copie de la convention qui vient d'être signée entre notre Syndicat et une Société de Secours Mutuels de l'arrondissement. Nous vous prions de la lire attentivement — comme pouvant servir de base à une série de conventions analogues à conclure dans l'avenir avec d'autres Sociétés — et, dans ce but, de nous dire si vous avez quelques observations à faire, quelque chose à ajouter.

Nous profitons de l'occasion pour vous rappeler qu'il a été convenu, en Assemblée générale, que tout membre de notre Syndicat devrait s'abstenir de traiter *seul* avec une Société de Secours mutuels et en référer au Syndicat, avant de prendre un engagement quelconque — afin que notre collectivité médicale puisse *traiter de pair* avec toute autre collectivité et qu'ainsi le Praticien ne reste jamais isolé, seul contre plusieurs

Veuillez agréeer, mon cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le secrétaire, Dr VILPELLE, — *Le vice-président,* Dr DECOURT.

Nota. — En outre, vous trouverez, ci-joint, le texte d'une proposition que nous adressons (ainsi qu'il a été décidé à la dernière Assemblée générale) à tous les maires de l'arrondissement au sujet d'une voiture d'ambulance hippomobile.

Convention conclue entre le Syndicat médical de Meaux et une Société de secours mutuels.

Entre :

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux représenté par le docteur Decourt, demeurant à Mitry-Mory, agissant en sa qualité de vice-président

D'une part :

Et la Société de Secours Mutuels de
représentée pai agissant en sa qualité de Président.

D'autre part ;

Il a été convenu ce qui suit :

1° Par ces présentes, les Membres du Syndicat médical de l'Arrondissement de Meaux, s'engagent à donner aux Membres de la Société de Secours Mutuels de les soins médicaux dont ceux-ci pourraient avoir besoin, aux conditions suivantes :

a) La consultation donnée au Cabinet du médecin sera de deux francs.

b) La visite à domicile sera de trois francs cinquante centimes (soit deux francs de consultation et cinquante centimes par kilomètre à l'aller) (1)

c) La visite de nuit (demandée après sept heures du soir et avant sept heures du matin) sera comptée double.

d) La visite demandée le dimanche après neuf heures du matin sera comptée double.

e) En cas de consultation entre confrères, la visite sera comptée double pour le médecin traitant, les honoraires du médecin consultant restant à la charge du Sociétaire.

f) Le tarif des petites opérations sera celui de l'Assistance médicale gratuite augmenté de moitié.

2° Les grandes opérations chirurgicales, de même que les accouchements et les soins donnés par les médecins spécialistes, ne sont pas à la charge de la Société.

3° Messieurs les docteurs auront le droit de tarifer selon leur gré les soins par eux donnés aux Sociétaires victimes d'accident du travail ou victimes d'un accident couvert par une assurance ou par un tiers civilement responsable.

4° Les honoraires seront réglés semestriellement et directement au Médecin par le Trésorier de la Société ; les notes devront être remises au Trésorier dans la première dizaine des mois de janvier et de juillet.

5° Les Sociétaires ont le libre choix du Médecin, tout en ne pouvant choisir leur médecin que parmi les membres du Syndicat de Meaux, ainsi que parmi tous les Médecins qui, dans l'avenir, adhèreront à ce tarif minimum en signant cette convention.

Les Sociétaires devront être munis de leur feuille de maladie, sur laquelle seront datées et paraphées les consultations ou les visites médicales.

6° Une Comm.ssion arbitrale médico-mutualiste est instituée pour connaître de tous les différends qui pourraient survenir entre la Société ou les Sociétaires d'une part, et les médecins d'autre part.

Cette Commission se compose de deux Mutualistes désignés par la Société et de deux Médecins désignés par le Syndicat.

La Présidence est exercée à tour de rôle par un mutualiste et un médecin

La Commission ne peut statuer qu'après avoir entendu les deux parties en cause.

La sentence est rendue à la majorité des voix au scrutin secret.

En cas d'égalité de voix, la Commission désigne un cinquième arbitre pour les départager.

La durée du mandat d'arbitre est d'une année et renouvelable indéfiniment.

(1) La distance de la commune au domicile du médecin le plus proche étant évaluée d'un commun accord à 3 kilomètres.

7° La durée de ce traité est faite pour trois années qui commenceront à partir du 1er janvier 1914 pour finir le 31 décembre 1918.

A moins de préavis de l'une des parties, six mois avant l'expiration du présent traité, il sera continué par tacite reconduction pour une ou plusieurs périodes de même durée.

8° Les droits d'enregistrement, doubles droits et amendes, s'il y a lieu, seront supportés par la partie qui y donnerait lieu.

Fait en double à Meaux, le 26 décembre 1913.

***

Monsieur le Maire,

Certains Maires se sont plaints de la difficulté rencontrée par eux dans le transport, à l'Hôpital de Meaux, des malades ou blessés, dont le transfert s'imposait suivant la loi ou même par simple humanité. Chacun, du reste, a pu constater qu'il était trop souvent impossible de trouver, en pleine campagne, une voiture dans laquelle on pût *coucher* un malade, à part chariots ou charrettes, véhicules ouverts à tous les vents, inconfortables à tous égards et par suite dangereux pour le pronostic de la maladie ou de la blessure.

Il a semblé à l'un de nous, le docteur Decourt, de Mitry-Mory, que, dans ce service hospitalier externe, pour ainsi dire, une amélioration était nécessaire et qu'elle était possible, sans frais exagérés pour l'hôpital qui l'exécuterait, avec l'aide des représentants des régions intéressées. Il présenta donc à l'Assemblée générale du Syndicat médical de l'arrondissement le projet suivant qui reçut l'adhésion unanime des Praticiens présents :

Achat par l'Hospice de Meaux d'une voiture d'ambulance hippomobile qui serait à demeure audit hospice.

« Le cheval et le cocher seraient pris, après engagement spécial, chez un loueur de la Ville, suivant les besoins.

« L'amortissement et l'intérêt du capital avancé par l'Hospice, ainsi que les frais d'entretien et de désinfection du véhicule après chaque sortie, seraient assurés par une indemnité fixe, que devraient payer ceux qui réclameraient le concours de l'ambulance (municipalités, patrons, assureurs, familles, etc.) ; quant aux frais de déplacement (chevaux, cochers, infirmiers), ils seraient couverts par une indemnité de déplacement payée en sus, suivant un barème basé sur le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour »

Le Syndicat médical, après son approbation, chargea l'auteur de la proposition de s'aboucher avec le Président de la commission administrative de l'Hospice, M. Lugol, maire de Meaux, persuadé que Président et commission y prêteraient une oreille favorable, désireux de réaliser un progrès si manifeste en faveur des populations dépendant administrativement de l'hospice de Meaux.

***

Les faits justifièrent cet espoir. Après explications verbales de MM. Lugol et Decourt, après étude du dossier et examen du type de voiture proposé (celui même de la voiture d'ambulance des Femmes de France),la Commission de l'Hospice de Meaux décida de prendre en considération la proposition et d'accepter, en principe, l'acquisition d'une voiture d'ambulance hippomobile. Puis, dans la suite la Commission s'enquit du prix demandé par les loueurs de la Ville, pour cochers et chevaux, et, après divers pourparlers, aboutit au tarif suivant :

1° Pour le cocher et un cheval : 0.50 centimes par kilomètre parcouru ;

2° Pour le cocher et deux chevaux : 0,75 par kilomètre parcouru ;

3° Pour une course dans Meaux : 4 francs.

4° Par heure de stationnement : 2 francs.

Aux prix demandés par les loueurs, comme *indemnité de déplacement*, il faut nécessairement ajouter l'*indemnité* fixe prévue. — Après études, la Commission de l'Hospice crut devoir la fixer, pour chaque sortie de la voiture d'ambulance, à :

1° Pour l'amortissement, l'entretien et la désinfection : 5 francs.

2° Pour le déplacement de l'infirmier : 2 francs.



En résumé, la voiture d'ambulance prévue par l'Hôpital de Meaux pouvant être traînée par un cheval (puisqu'elle est du modèle de celles des Femmes de France qui ne comporte qu'un seul cheval), il faut compter, chaque fois qu'il y aura lieu de faire appel à son concours, sur les frais de transports suivants :

a) *Indemnité fixe de sortie* : 7 francs.

b) *Indemnité de déplacement* : 0.50 centimes par kilomètre parcouru à l'aller et au retour, soit, par exemple, pour une commune située à 12 kilomètres de Meaux : *a*) 7 francs. *b*) 24 kilomètres × 0 fr. 50 = 12 fr. Total : 19 francs.

Pour ce prix total, le malade sera pris dans sa chambre même, posé immédiatement dans le lit portatif et porté ainsi dans la voiture d'ambulance, où, couché confortablement et sous la surveillance constante de l'infirmier assis à son chevet, il serait ainsi transporté dans un lit depuis sa propre chambre jusque dans la salle même de l'hôpital.



La voiture d'ambulance pourrait servir :

1° Aux malades de l'assistance médicale gratuite (transport aux frais des communes) ;

2° Aux blessés des accidents du travail (transport aux frais des patrons ou assureurs) ;

3° Aux blessés ou malades non indigents (transport aux frais des familles).

***

Actuellement, l'admission d'un blessé ou d'un malade à l'hospice n'est acceptable par l'administration qu'avec un certificat de médecin et un certificat du maire de la commune où réside le malade. Comme il s'agirait là d'un transport par admission et que, dans le cas d'urgence, la demande de voiture d'ambulance serait faite par télégraphe ou par téléphone, il doit être bien entendu qu'un tel appel correspondrait, en quelque sorte, à la demande d'admission à l'hospice et serait comme un engagement pris d'envoyer aussitôt les certificats obligatoires.

Il en résulte que la voiture ne serait mise en route que sur appel du Maire ou de son remplaçant, ceux-ci pouvant, seuls, répondre, dans tous les cas, des frais de transport, étant les seuls à pouvoir apprécier la qualité du malade et, par suite, à connaître les véritables responsables des frais hospitaliers (communes, patrons, assurances, familles, etc.).

De cette façon, le service de transport serait réglé administrativement et l'admission à l'hôpital aussi régularisée qu'elle l'est actuellement, mais avec la possibilité de ne jamais perdre un temps précieux pour la santé et parfois pour la vie même du malade ou du blessé, en réalisant l'entrée dans le milieu hospitalier avec le minimum de temps et le maximum de sécurité et de confortable possibles.

***

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux a pensé remplir son devoir technique en signalant cette lacune importante dans le service hospitalier et en préconisant un remède pratique,

La Commission administrative de l'hospice de Meaux a rempli également le sien en approuvant la proposition et en s'efforçant d'établir au mieux les modalités d'exécution de cette réforme.

A Messieurs les Maires et conseillers municipaux de l'arrondissement, à ceux, du moins, qui ressortissent de Meaux au point de vue de l'hospitalisation, à étudier cette modeste réforme sociale, à dire s'ils l'approuvent, s'ils acceptent les propositions ci-dessus et en particulier le *tarif de transport.*

Le projet n'est viable et la voiture d'ambulance ne peut être achetée par l'hospice de Meaux que si *un nombre suffissant de communes s'engagent à se servir de ladite voiture,* mais la Commission de l'Hospice est prête, dans ce cas, à acheter la voiture elle-même, au compte de l'hospice de Meaux et sans rien demander aux communes qui sont cependant, en l'espèce, les premières intéressées.

Pour le Syndicat médical de l'arrondissement de Meaux :

Le secrétaire, Dr VILPELLE. *Le vice-président,* Dr DECOURT.

Pour approbation de la Commission administrative de l'Hospice de Meaux :

Le Président :
G. LUGOL.

15 janvier 1914.

DÉONTOLOGIE

L'ordonnance médicale (1).

Allocution du Docteur Carry, président, à l'Assemblée générale de la Société des Médecins Praticiens, le 12 *décembre* 1913,

Mes chers Collègues,

Poursuivant la tradition qui veut que l'allocution du président soit consacrée à un sujet de déontologie, je vous entretiendrai aujourd'hui de l'ordonnance médicale.

Il semble, au premier abord, que ce soit là un thème rebattu, archiconnu, sur lequel il ne doit rien y avoir de neuf à ajouter. Détrompez-vous. Quand la pensée m'est venue de vous exposer ce que mon expérience personnelle m'avait appris en trente-six ans d'exercice de la médecine, j'ai voulu consulter les auteurs et lire ce qui avait été publié sur ce sujet. J'ai eu tout d'abord recours aux grands dictionnaires, celui de Dechambre en cent volumes, celui de Jaccoud en quarante volumes, le dictionnaire en cinquante volumes qui les a précédés. Tous sont muets sur ce point : rien au mot « ordonnance » ni au mot « prescription ». Les dictionnaires de Littré et Robin, de Mathias Duval et Lereboullet donnent simplement la définition du mot, de même que les dictionnaires de la langue française de Littré, de Bescherelle. Le dictionnaire encyclopédique de Larousse entre déjà dans quelques détails. C'est là où j'ai lu la définition la plus concise : « prescription d'un médecin pour le régime ou la médication. »

Les livres de déontologie ne m'ont fourni aucun renseignement ; ainsi, celui de Dechambre, qui passe pour très complet, n'en souffle pas mot (2).

Dans l'*Art de formuler* de Trousseau et Réveil (1851), dans les *Formulaires* de Fonssagrives (1882), de Lyon et Loiseau (1912), j'ai trouvé les divers modes d'emploi des médicaments, la posologie, les formules à employer, mais peu d'indications sur la manière de comprendre l'ordonnance et de la rédiger. J'ai parcouru en vain les tables des journaux médicaux que je lis d'ordinaire : ils ne contenaient rien sur ce sujet.

J'allais me borner au seul exposé de mes idées personnelles, quand j'ai eu la bonne fortune de trouver dans un de ces journaux médicaux que nous envoient les pharmaciens intéressés, deux leçons sur l'ordonnance médicale faites par le docteur Bergé, médecin de l'hôpital Broussais (3). Plus tard, un autre journal

(1) *Journal des médecins praticiens de Lyon et de la région,* janvier 1914.

(2) A. DECHAMBRE. — *Le Médecin,* devoirs publics et privés, Paris 1883.

(3) *L'Ordonnance médicale,* rédaction et exécution, par le docteur André BERGÉ, médecin de l'hôpital Broussais, in *Revue medico-thérapeutique,* 15 mai et 15 juin 1913.)

m'a fourni un article du Docteur Duchesne (1) ; enfin, les poursuites intentées, le mois dernier, à des pharmaciens coupables d'avoir délivré de la cocaïne et de la morphine sur le vu d'ordonnances fictives ou d'ordonnances déjà exécutées, me firent rechercher les articles de lois régissant la matière. C'est à ces sources et aussi dans mon propre fonds que j'ai puisé les éléments de cette note.

Comme le dit la définition énoncée ci-dessus, l'ordonnance peut comprendre deux parties : le régime et la médication. Je suis même tenté de remplacer le mot régime par celui plus général d'hygiène, qui l'englobe, et dirai volontiers que l'ordonnance comprend deux parties : le traitement hygiénique et le traitement médicamenteux.

La partie hygiénique embrasse à la fois la diététique, l'habitation, l'aération, le vêtement, les sorties, les exercices, les soins du corps, etc., etc. Dans quelques maladies, elle peut constituer à elle seule toute l'ordonnance ; par exemple les maladies aiguës à marche régulière, telles que les fièvres éruptives, les états diathésiques, tels que l'obésité, l'emphysème et certaines dyspepsies. Mais on doit être bien sûr de son malade pour se risquer à ne lui prescrire qu'un traitement hygiénique. Il faut lui supposer une intelligence des choses de la médecine un peu exceptionnelle ou une confiance aveugle ; ce qui se réalise bien rarement. On agira donc sagement en ajoutant toujours à l'ordonnance hygiénique une partie pharmaceutique aussi anodine que possible si on la juge inutile.

Mais il y a des chances pour que ce soit la partie que le malade regarde comme la plus importante. Pour la plupart, les conseils d'hygiène sont l'accessoire ; le médicament, c'est l'agent actif. La pharmacien sera là, d'ailleurs, pour lui montrer l'inanité d'une ordonnance ne comportant pas de remèdes. J'ai souvenance d'un client qui alla consulter un de nos maîtres réputés pour les maladies de l'estomac. Il apporta à un pharmacien une ordonnance de quatre pages d'une écriture fine et serrée, où les heures et la composition des repas étaient minutieusement détaillées, ainsi que la manière de vivre : heures de travail et de repos, exercices, frictions, douches, etc. ; il y était dit, en terminant, de prendre régulièrement pendant quinze à vingt jours un gramme de bicarbonate de soude environ deux heures après le repas de midi. Le pharmacien eut donc à préparer 20 paquets de 1 gr. de bicarbonate de soude. Furieux d'avoir passé un grand quart d'heure à déchiffrer une ordonnance de rendement aussi mince, il résolut de donner au client une leçon de son cru. Quand celui-ci vint chercher son ordonnance et le remède, à la question : combien vous dois-je? — vingt centimes, répondit le pharmacien. Sur le geste de surprise du client, il ajouta : « le bicarbonate de soude de premier choix vaut 80 centimes le kilogramme, je vous le livre à raison de 10 francs : cela me laisse un bénéfice suffisant. Tant mieux pour vous si vous vous en tirez avec 4 sous de remèdes ; si cela ne réussit pas, allez voir un médecin qui, pour vous guérir, comptera un peu moins sur la bonne nature et un peu plus sur les médicaments qui ont fait leurs preuves. »

J'ai depuis longtemps reconnu la nécessité, si l'on fait une prescription hygiénique un peu minutieuse, de l'écrire sur une feuille à part. Il est parfaitement inutile que les détails du régime, de l'emploi du temps, des soins corporels soient lus et commentés par un pharmacien qui n'y apporte pas toujours la bienveillance nécessaire.

D'autre part, il faut les écrire et ne pas se contenter de les formuler de vive voix, pour qu'ils servent de guide à la personne chargée d'appliquer le traitement. Sinon, une grande partie des prescriptions sera omise. Sur une autre feuille de papier, destinée celle-là à aller à la pharmacie, vous inscrirez, par numéro d'ordre, les médicaments que vous jugerez utiles, avec l'indication du mode d'emploi. C'est cette ordonnance pharmaceutique que vous remanierez presque à chaque visite, suivant les phases de la maladie, tandis que la prescription hygiénique sera faite une fois pour toutes ou modifiée seulement de loin en loin.

Règle générale : il faut écrire une ordonnance à chaque visite ; elle restera comme la preuve de votre présence et, dans quelques cas, ces témoins accumulés vous éviteront toute contestation sur le nombre des visites.

(*Ici les extraits de l'article* Bergé, *de la Conférence* Levassort, *de l'article de* Duchesne, *publiés en leur temps dans le* Concours médical.)

Dans mon allocution d'il y a deux ans sur le « *faut-il toujours prescrire ?* » j'avais déjà insisté sur la nécessité de l'ordonnance dans tous les cas : Le malade fût-il même *in extremis*, la dépense de remèdes inutiles pouvait encore lui faire croire que le médecin en espérait un résultat favorable puisqu'il n'hésitait pas à les prescrire et insistait pour qu'ils lui fussent administrés. Je suis heureux de me trouver en conformité d'opinion avec les docteurs Bergé et Duchesne, précités, qui ont traité la question avec tant de compétence et de conviction.

Ayez en plus, comme le dit le docteur Bergé, la *coquetterie de l'ordonnance.* Sans imiter aveuglément ceux de nos confrères pratiquant dans la clientèle élégante, soyez certains qu'ils agissent comme d'excellents psychologues en rédigeant leurs arrêts sur de belles feuilles de papier de luxe. Ce souci de la forme à ce point de vue spécial ne saurait pas plus leur être reproché que celui de leur tenue et de leur élégance vestimentaire. N'écrivez jamais vos ordonnances sur des chiffons de papier, des découpures d'enveloppes ou de lettres mortuaires. Souvent vous ne trouvez pas chez votre client de papier convenable. Ayez toujours sur vous une petite provision de feuil-

(1) Conseils aux jeunes médecins, par le docteur Duchesne, in *Tablettes médicales mobiles* du 1er août 1913 (qui l'ont emprunté elles-mêmes au *Concours médical* où il a paru originalement).

les avec votre en-tête. Vous fournissez ainsi un document non seulement présentable, mais encore authentique. Les signatures de médecin sont souvent illisibles, le pharmacien peut se refuser à exécuter une ordonnance dont il n'arrive pas à déchiffrer le nom du signataire. La prudence lui ordonne d'agir ainsi quand le libellé comporte la délivrance de produits toxiques. Il arrive assez souvent que le client présente une *fausse ordonnance*, c'est-à-dire un texte rédigé par un charlatan, un guérisseur ou par le malade lui-même, qui veut se soigner à son idée, d'après des conseils de bonnes femmes ou des recettes de quatrième page de journaux. La signature est généralement illisible ou cache l'auteur sous un nom d'emprunt.

Lors des poursuites exercées le mois dernier à Paris contre des pharmaciens à la requête du ministère public, le tribunal se montra particulièrement sévère envers quelques-uns d'entre eux qui avaient — quelquefois même à plusieurs reprises — délivré de fortes doses de morphine ou de cocaïne sur le vu d'ordonnances dont la fausseté ne pouvait faire aucun doute.

Un autre avantage de se servir toujours de papier à en-tête, c'est qu'en cas d'erreur ou de doute sur la quantité ou la qualité du remède prescrit, ou sur la rédaction de la formule, le pharmacien peut toujours en référer au médecin sans questionner son client et éveiller ainsi sa méfiance.

La recommandation d'écrire très lisiblement, de calligraphier l'ordonnance, est une de celles qu'on fait toujours et qu'on ne suit presque jamais. C'est cependant indispensable si l'on veut que le pharmacien l'exécute correctement. Souvent des chiffres se ressemblent et sont pris l'un pour l'autre. Pour les fractions, c'est la place de la virgule qui détermine parfois si ce sont des centigrammes ou des milligrammes, et quand il s'agit d'alcaloïdes, cela a une importance.

Le législateur a sagement agi en ne permettant au pharmacien de délivrer des substances vénéneuses que sur prescription médicale signée et datée et énonçant en « toutes lettres » la dose de ces substances, ainsi que leur mode d'administration.

La mauvaise écriture a moins d'importance pour le malade. S'il lui est utile de pouvoir lire couramment la manière d'employer les médicaments prescrits, il n'est pas nécessaire qu'il en connaisse exactement les noms et propriétés. Actuellement, le patient et son entourage n'ont que trop de tendance à épiloguer sur la composition des pilules, potions ou cachets, à questionner le médecin sur le mode d'action de chaque composant, à lui faire des objections agaçantes et souvent absurdes. Pour ma part, quand je prescris le mélange devenu classique, des teintures de noix vomique et d'ipéca, je l'écris, mais ne le lis pas au malade. Maintes fois j'en ai entendu s'écrier, quand je lisais la formule intégrale : « Mais, docteur, j'ai déjà le cœur sur les lèvres, et vous voulez me faire prendre de l'ipéca tous les jours ; » car le client ne connaît de l'ipéca que l'action vomitive.

Je me suis souvent surpris — peut-être à tort — à regretter que la vieille méthode de formuler en latin ait disparu de la pratique. Le malade, non seulement n'y comprenait rien, mais éprouvait un respect religieux à la lecture de ces mots inconnus, à la suite desquels des signes cabalistiques indiquaient le nombre d'onces, gros grains ou scrupules à faire entrer dans le magistère.

On pouvait à l'aise prescrire les médicaments suspects, tandis qu'aujourd'hui il faut prendre mille détours pour ordonner une préparation mercurielle, par exemple.

Il y a heureusement des noms d'auteurs, comme pilules de Dupuytren, sirop de Gibert, qui sauvent la situation. Encore faut-il se méfier, le Larousse médical étant déjà très répandu. Alors on se rabat sur la spécialité : on prescrit celles qui ne divulguent pas leur formule.

Dans tous les cas, écrivons lisiblement nos ordonnances. Nombre de médecins se servent de la machine à écrire pour leurs ordonnances de cabinet. C'est le vrai moyen d'être lu sans hésitation, et si j'étais plus jeune, je n'hésiterais pas à devenir dactylographe.

J'ai dit plus haut qu'une ordonnance comprenait deux parties, que je désirais voir écrites sur des feuilles séparées : l'une pharmaceutique, l'autre hygiénique.

La partie pharmaceutique comprend autant d'alinéas qu'il y a de remèdes prescrits et chacun porti un numéro d'ordre. Pour les *remèdes officinaux*, c'est-à-dire inscrits au Codex, il suffit d'en énoncer le titre de même pour les *spécialités*. Pour les *préparations magistrales*, c'est-à-dire celles dont les éléments sont combinés par le médecin, on trouvera dans tous les formulaires usuels les règles à suivre pour les prescrire convenablement : je n'y insisterai pas. J'ai déjà indiqué la nécessité d'écrire en toutes lettres les doses des toxiques, conformément à la loi. Il est vrai que cette loi — chose bizarre — n'oblige que les pharmaciens. Dans le procès dont je parlais plus haut, un pharmacien fut poursuivi parce qu'il avait exécuté une ordonnance où une grosse dose de cocaïne était inscrite en chiffres. Il avait cité comme témoin à décharge un médecin des hôpitaux de Paris, qui déclara devant le tribunal qu'il ne formulait jamais en toutes lettres et qu'il était certain que la généralité des médecins en faisait autant. Le tribunal condamna quand même le pharmacien pour avoir exécuté cette ordonnance, mal libellée, en regrettant qu'il n'y eût pas de sanction légale pour le médecin qui l'avait signée.

« Le pharmacien est légalement responsable au même titre que le médecin et solidairement avec lui dans les cas où il aurait exécuté une ordonnance contenant une erreur grave de substance ou de dose, notamment une dose franchement excessive d'une substance toxique et ayant donné lieu à un accident mortel ou non. En conséquence, il a le droit et même le devoir de faire des objections ou de s'opposer formellement à l'exécution d'une prescription qui lui paraîtrait dangereuse. Le pharmacien se base dans

son appréciation sur la connaissance des doses usuelles des médicaments qu'il voit journellement prescrire. Il peut encore se baser sur un tableau qui figure au dernier Codex (de 1908) et qui indique les doses maxima pour les adultes des principaux médicaments toxiques (doses maxima pour une dose et doses maxima pour vingt-quatre heures). »

« Toutefois, les rédacteurs du Codex ont pris soin d'avertir le pharmacien et le médecin que les chiffres indiqués dans ce tableau ne le sont qu'à titre de simple renseignement. Ils représentent le maximum de la dose thérapeutique usuelle. Le médecin est libre de dépasser ces doses s'il le juge utile. Mais, alors, pour éviter les objections légitimes du pharmacien et pour bien marquer qu'il prend seul la responsabilité de sa prescription et que sa mention en apparence excessive n'est pas un *lapsus calami*, ou le résultat d'une ignorance posologique, mais qu'elle émane bien de sa volonté réfléchie, il doit, à la suite et en plus du libellé ordinaire de la susdite dose, ajouter : *je dis telle dose*, en inscrivant de préférence le nombre en toutes lettres et en le soulignant (1).

Il est d'usage d'inscrire en chiffres romains le nombre des gouttes des teintures ou solutions de médicaments toxiques. Par contre, n'employez pas d'abréviations prêtant à confusion et excluez de vos ordonnances les *symboles et formules chimiques*. Pas de KBr, pas de NaCl, pas de H^2O, dit le docteur Bergé, et il ajoute : « Oyez plutôt la petite histoire que voici, dont je tire peut-être une morale excessive, et faites-en votre profit :

« Je me rendis un jour, sur l'appel d'un confrère et ami, auprès d'une jeune femme gravement malade. Le médecin traitant était arrivé avant moi chez sa malade, et, vu l'urgence, il utilisait ses loisirs, au moment où je me présentai, à faire une injection de sérum physiologique à cette malade. Introduit dans un salon, mon attention fut tout de suite attirée par de véritables hurlements qui partaient de la pièce voisine. Ces cris de la malade étaient d'ailleurs entrecoupés de vives objurgations de mon confrère, qui s'efforçait en vain de la calmer et qui l'accusait ouvertement de nervosisme et de douilletterie. Prévenu de ce qui se passait et prié d'attendre un moment, je ne m'étonnai pas trop tout d'abord. Mais, comme la scène se prolongeait exagérément, sur un cri plus perçant, je me décidai à entrer et à m'informer. Le confrère s'excusa et me prit à témoin des réactions excessives de sa malade. Sur son désir, j'appuyai énergiquement son affirmation relativement au peu de douleur que pouvait provoquer une telle injection de sérum.

« Après quoi, le confrère continuant à opérer en dépit de la résistance décourageante qu'on lui opposait, il arriva que, dans le désœuvrement de l'attente, mon regard furetant dans la pièce, je saisis machinalement sur la cheminée une ordonnance qui y traînait. Je lus avec quelque surprise la formule suivante du sérum physiologique qu'il était en train d'injecter :

HCl	7 gr. 50
Eau distillée	1000 gr.

Au lieu de chlorure de sodium (NaCl) il avait, par une distraction qu'on sent facile, écrit HCl sur son ordonnance. Il injectait une solution d'acide chlorhydrique. Ai-je besoin d'ajouter que j'empochai le papier, attirai mon confrère sous un prétexte fallacieux dans la pièce à côté et l'avertis discrètement. L'injection cuisante fut cessée à la grande satisfaction de la malade que sa résistance avait heureusement protégée. Tout se termina pour le mieux avec le bénéfice d'une bonne leçon relativement à l'inconvénient que peut avoir l'emploi de la notation atomique dans les ordonnances.

D'autre part, ne confiez qu'à bon escient à l'entourage du patient ou à la garde-malade les solutions concentrées dont on extrait une ou deux cuillerées pour injections, lavements ou lavages. Il arrive parfois que le mode d'application a été mal compris et que la solution mère est employée pure. Si elle est toxique, les conséquences peuvent en être désastreuses.

A l'époque où l'on employait beaucoup l'acide phénique en injections vaginales, j'ai souvenance d'une accouchée à qui un médecin avait prescrit la solution forte de Lister, c'est-à-dire à 50 grammes par litre. On devait lui en injecter quelques cuillerées à soupe par litre d'eau. Un jour que le mari faisait l'office de garde, il injecta la solution pure. La malade, horriblement brûlée, l'envoya prévenir le pharmacien pour qu'il vînt calmer ses souffrances. On fit d'abondants lavages à l'eau pure et l'erreur n'eut heureusement pas de suites fâcheuses.

On ne saurait indiquer trop clairement la façon d'administrer le médicament prescrit. L'ordonnance médicamenteuse doit indiquer explicitement le mode d'application, externe ou interne, le nombre, la contenance et les heures de cuillerées de potion ou solution à prendre dans les vingt-quatre heures ; si c'est une poudre ou un cachet, la nature et la quantité du véhicule dans lequel il faut le prendre, et enfin le nombre de jours pendant lesquels cette médication doit être appliquée.

Je n'insisterai pas sur la partie hygiénique de l'ordonnance : il faudrait entrer dans les développements hors de proportion avec le temps qu'il m'est permis de consacrer à cette communication. Les préceptes hygiéniques varient d'ailleurs suivant le système organique atteint : la diététique, par exemple — aliments et boissons — sera bien plus détaillée s'il s'agit d'une maladie du tube digestif qu'en cas de maladie nerveuse. Inversement, dans ces dernières, l'hygiène de l'habitation, les soins du corps, la fixation des heures consacrées au travail, au repos, aux exercices physiques, seront spécifiés plus minutieusement.

Une fois l'ordonnance terminée, datée et signée,

(1) Dr BERGÉ. — *Loco citato.*

relisez-la avec soin. Comme le dit le docteur Bergé, que je ne saurais trop citer, « il s'agit d'une précaution absolument essentielle pour la tranquillité de votre conscience et la sécurité de vos clients, d'une précaution systématique que vous devez considérer comme un temps nécessaire de votre opération et qui devra devenir pour vous une inéluctable habitude : relisez votre ordonnance tout à fait soigneusement avec la plus parfaite attention, *mot à mot, ligne à ligne*, du commencement à la fin.... jamais, sous aucun prétexte, en aucune circonstance, vous ne devez abandonner votre ordonnance sans l'avoir très attentivement relue. »

Cela fait, ne vous contentez pas de la remettre purement et simplement à votre client : vous devez lui en faire l'exposé, le commentaire oral, et si c'est à son domicile, en présence des personnes chargées de le soigner.

Cet exposé vous permettra d'ajouter les explications complémentaires que vous jugerez nécessaires pour être bien compris et qu'il est inutile d'écrire. Il provoquera les objections, quelquefois même les oppositions du malade ou de la famille. Vous accueillerez les objections qui seront fondées ; vous accepterez de modifier telle ou telle de vos prescriptions s'il vous est démontré que le malade ne supporte pas tel ou tel remède que vous lui prescrivez, ou qu'il a déjà suivi sans succès la médication que vous conseillez.

Quelques médecins ont l'habitude d'inscrire en tête de leur ordonnance un diagnostic plus ou moins explicite. Ils le font soit en toutes lettres et très compréhensible, soit en abrégé ou en signes dont seuls ils ont la clef. Cette pratique a l'avantage de les mettre au courant tout de suite quand le client se représente à leur cabinet porteur de son ordonnance. Pour ma part, je la crois mauvaise et voici pourquoi. Si le diagnostic formulé est clair, le malade n'est que trop porté à consulter les dictionnaires et les livres de médecine pour savoir ce qu'on dit de sa maladie et s'il en guérira. Le plus souvent cette lecture est pour lui fâcheuse et le remplit d'angoisses, de même les réponses de ses amis et connaissances qu'il interroge sur son cas. On m'a cité des personnes qui étaient allées prendre consultation au cabinet de professeurs en renom et qui étaient revenues véritablement affolées par des annotations en tête de l'ordonnance telles que les suivantes : hypertrophie du cœur énorme — albuminurie massive — artério-sclérose généralisée.

Si l'annotation du médecin n'est pas compréhensible pour le malade, elle ne l'inquiète pas moins : il se persuade qu'il doit avoir une lésion bien grave pour qu'il n'ose pas l'écrire clairement.

Donc, à mon sens, abstenez-vous d'annotations diagnostiques sur l'ordonnance. Que, pour éviter un nouvel interrogatoire et de nouvelles explications quand vous êtes appelé à revoir le malade, vous preniez une courte observation, rien de mieux ; mais faites-le sur une fiche à part, que vous conserverez soigneusement dans votre classeur.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur l'usage des ordonnances faites d'avance, ordonnances portant ordinairement sur les précautions hygiéniques et la diététique et qui, en dispensant le médecin d'écrire tous ces détails, lui économisent un temps précieux.

On en conçoit d'autant mieux l'utilité qu'elles n'omettent aucun point important. Il suffirait d'avoir quelques types, applicables aux principales maladies ou diathèses, telles que dyspnée, tuberculose, syphilis, diabète, néphrite chronique, etc., pour en adapter un avec quelques modifications de circonstance à l'état du malade qui vient vous consulter. Malgré les ratures ou adjonctions, le client aura toujours une certaine tendance à considérer une ordonnance de ce genre comme « de la confection », et c'est probablement pour cela qu'elles sont peu employées.

Je passe sur les points relatifs aux ordonnances rédigées à la suite des consultations entre deux ou plusieurs médecins — vous les connaissez et ils n'ont rien de bien saillant — pour terminer par ce qui a trait à l'exécution de l'ordonnance par le pharmacien.

C'est la loi qui lui fixe ses droits et ses devoirs. Cette loi, concernant l'exercice de la pharmacie, est déjà bien ancienne ; elle date du 21 germinal an XI, c'est à-dire de 1803. A plusieurs reprises, on a voulu la refondre et la compléter ; une nouvelle loi a même été votée au Sénat il y a quelques années, mais elle n'est jamais venue en discussion devant la Chambre des députés. Les abus scandaleux qui ont eu lieu ces dernières années concernant la délivrance de substances toxiques telles que la cocaïne et la morphine sans ordonnance ou sur ordonnance fictive, hâteront peut-être le vote d'une loi nouvelle, ou tout au moins d'une adjonction à l'ancienne.

On trouvera, à la fin du Codex de 1908, toutes les lois, ordonnances et décrets régissant actuellement l'exercice de la pharmacie. J'en extrais les articles suivants qui ont trait à l'ordonnance médicale :

1° *Loi du 21 germinal an XI* (11 *avril* 1803)

« Article 32. — Les pharmaciens ne pourront livrer et débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques que d'après la prescription qui en sera faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie ou par des officiers de santé et sur leur signature .

2° *Ordonnance du* 29 *octobre* 1846 *portant règlement sur la vente des substances vénéneuses*

« Article 3. — Tous achats ou ventes de substances vénéneuses seront inscrits sur un registre spécial coté et paraphé par le maire ou par le commissaire de police..... »

. . . .

« Article 5. — La vente des substances vénéneuses ne peut être faite, pour l'usage de médecine, que par les pharmaciens et sur la prescripton d'un médecin,

chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté.

« Cette prescription doit être signée, datée et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

« Article 6. —Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions avec les indications qui précèdent sur un registre établi dans la forme déterminée par l'article 3. Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues de leur cachet et après avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre. Ledit registre sera conservé pendant vingt ans au moins et devra être présenté à toute réquisition de l'autorité.

« Article 7. — Avant de délivrer la préparation médicale, le pharmacien y apposera une étiquette indiquant son nom et son domicile et rappelant la destination interne ou externe du médicament. »

Enfin une circulaire ministérielle du 25 juin 1855 prescrit que tout médicament pour l'usage externe qui serait dangereux s'il était pris intérieurement, portera, collée sur le vase qui le renferme, une étiquette *rouge orange* avec les mots *médicament pour l'usage externe* imprimés en noir et en caractères aussi distincts que possible.

Telle est la législation actuelle relative aux ordonnances médicales ; elle règle minutieusement les devoirs du pharmacien : inscription sur le registre, apposition du cachet ou timbre de la pharmacie sur l'ordonnance, avec la date de livraison, le numéro d'ordre du registre et, s'il y a lieu, une étiquette rouge mentionnant l'usage externe.

Le cachet du pharmacien le rend responsable des médicaments livrés. L'inscription du numéro d'ordre renseigne le médecin sur l'exécution complète ou incomplète de l'ordonnance. Il est arrivé à tous les médecins, entendant un malade leur affirmer que tel ou tel médicament porté sur l'ordonnance n'avait produit aucun effet, de constater qu'il n'y avait aucun numéro inscrit en face de ce médicament et que, par conséquent, il n'avait pas été livré.

Le pharmacien doit rendre l'ordonnance : elle est la propriété du malade qui l'a payée. Celui-ci a besoin de s'y reporter pour bien suivre le traitement prescrit et il est invité le plus souvent par une recommandation imprimée en marge, à la rapporter au médecin lors des consultations ultérieures. Malheureusement, cette recommandation reste le plus ordinairement lettre morte. L'ordonnance a été oubliée, égarée ou perdue. C'est alors que le médecin apprécie la précaution qu'il a prise de conserver par devers lui une fiche mentionnant sommairement les principaux symptômes, le diagnostic et le traitement.

Ici se pose la question du *renouvellement des ordonnances*. Il arrive couramment que, « munis d'une ordonnance de date plus ou moins ancienne, certains malades, notamment des morphinomanes, des cocaïnomanes, des opiomanes, éthéromanes, etc., se font délivrer dans quelques officines particulièrement « coulantes » *leurs poisons favoris : morphine, cocaïne*, laudanum, éther, etc. D'autre part, d'innombrables personnes, par un souci peut-être excessif d'économie domestique, se soignent indéfiniment avec la même ordonnance, pour toute maladie qui leur paraît semblable à celle pour laquelle on la leur a délivrée une première fois. Aucun règlement ne protège, en France, les malades contre cet abus fâcheux (1). »

A la suite des abus signalés de tous côtés ces derniers temps au sujet de la délivrance de toxiques par des pharmaciens sans ordonnance ou sur ordonnance indéfiniment renouvelées, les pouvoirs publics se sont émus et un projet de décret a été transmis par le ministre de l'Intérieur à l'Académie de Médecine pour avoir son avis. L'article 19 de ce projet qui laissait aux pharmaciens la latitude de renouveler les ordonnances médicales aussi souvent qu'ils le jugeront nécessaire, n'a eu l'approbation ni des médecins, ni des pharmaciens ; de sorte que le rapporteur de la commission nommée par l'Académie pour l'examiner a soumis aux délibérations de cette assemblée, dans sa séance du 25 novembre dernier, deux contre-projets l'un émané de l'Union des Syndicats médicaux, l'autre de l'Union des Syndicats pharmaceutiques. Après une discussion très animée, et parfois même un peu confuse, c'est le texte présenté par l'Union des Syndicats médicaux qui a été voté presque à l'unanimité.

Le voici : « Aucun pharmacien ne pourra renouveler une ordonnance comportant des substances du tableau A sans une indication de l'auteur de la prescription l'y autorisant. »

Le tableau A, que je n'ai pu encore me procurer, contient très probablement l'ancienne liste des médicaments que le pharmacien est tenu, par l'article 11 de l'ordonnance de 1846, de conserver dans l'armoire aux poisons, complétée par celle des nouveaux alcaloïdes et toxiques employés depuis.

Espérons que bientôt cet article aura force de loi.

Dans un contre-projet déposé sur le bureau de la Chambre des députés au nom de la Commission d'hygiène, par un pharmacien, M. Mille, cette défense de renouveler l'ordonnance comporte un tempérament. Il y est dit : « Chaque ordonnance ne doit être exécutée qu'une fois par le pharmacien, à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, qui est tenu, dans ce cas, d'apposer sur l'ordonnance autant de timbres qu'il désire de renouvellements. Le ou les timbres supplémentaires sont oblitérés et datés par le pharmacien au fur et à mesure des re-renouvellements. La forme, les dimensions et le libellé du timbre prévu mobile par la présente loi seront déterminés par l'administration compétente. »

Evidemment, ce texte est moins draconien que celui adopté par l'Académie. Jê n'y vois qu'un inconvénient : c'est que ce sera la Préfecture qui, dans chaque département, sera chargée de distribuer les timbres spéciaux aux médecins, et j'incline à croire qu'elle ne le fera pas gratuitement. Ce sera donc un nouvel impôt à la charge du médecin.

(1) Dr Bergé. — *Loco cit.*

Mais je dois me hâter de terminer cette longue étude de l'ordonnance médicale en vous priant de m'excuser si je suis entré dans tant de détails. Comme je le disais en commençant, c'est un sujet qui n'a guère qu'été effleuré jusqu'ici et où cependant il y a matière à de longs développements. On pourrait composer tout un traité sur ce point déontologique spécial, traité qui manque actuellement dans nos bibliothèques. Espérons qu'un confrère ayant à la fois l'expérience et l'autorité voulues, comme le médecin de l'hôpital Broussais, auquel j'ai tant emprunté, s'attellera à cette besogne et comblera cette lacune dans un avenir prochain.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Enseignement ophtalmologique élémentaire par le Docteur A. Cantonnet.** — 1° A l'hôpital Cochin (à la consultation d'ophtalmologie) : tous les jours, consultation à 9 heures et demie ; tous les lundis et jeudis : à 9 heures 1/2, consultation expliquée, présentations d'affections oculaires, diagnostic et traitement, examens cliniques individuels.

A 11 h. conférence pratique d'ophtalmologie élémentaire à l'usage du praticien.

2° A l'Hôtel-Dieu (Clinique ophtalmologique, service de M. le Prof. de Lapersonne), cours pratique, en huit leçons, à l'usage du praticien, avec examens cliniques, projections, etc. Ce cours commencera le mardi 10 mars 1914, à 5 heures, à l'*Amphithéâtre Dupuytren* et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— **Hôpital des Enfants-assistés 74, rue Denfert-Rochereau, 74.** — Conférences d'hygiène et de *Clinique infantiles*, par le Dr Variot. — Le Docteur Variot a commencé ses Conférences d'hygiène et de clinique infantiles, le lundi 19 janvier, à 10 heures 1/2 du matin, à l'Institut de puériculture (Pavillon Pasteur) et les continue chaque lundi à la même heure.

— **L'adjuvat des Asiles.** — Le concours d'adjuvat de 1914, pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés, s'ouvrira au ministère de l'intérieur le lundi 9 mars 1914.

Les inscriptions seront reçues au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau, 7, rue Cambacérès, *jusqu'au mercredi* 18 *février* 1914 *inclus*.

L'arrêté fixant les conditions du concours a été inséré au *Journal officiel*, n° 7, du 8 janvier 1914.

— **Le bureau municipal d'hygiène de Cambrai.** — Aux termes du décret du 3 juillet 1905, portant réglementation des bureaux municipaux d'hygiène, les directeurs de ces bureaux doivent être nommés par les maires parmi les personnes reconnues aptes, à raison de leurs titres, par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906, destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour la ville de Cambrai (Nord) dans les conditions déterminées par l'arrêté municipal du 21 janvier 1909.

Le traitement est fixé au chiffre de 4.000 fr. de début pouvant s'élever jusqu'à 5.000 fr.

Les candidats ont un délai de vingt jours, expirant le 12 février 1914, pour adresser au ministre de l'intérieur leurs demandes accompagnées de tous titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène.

— **L'Orchestre médical** organise une grande soirée artistique, à la salle Gaveau, 47, rue La Boétie, pour le jeudi 26 février, au bénéfice de l'*Œuvre du Preventorium de Tumiac*.

Cette œuvre, patronnée par Mme Achille Fould et MM. les professeurs Guyon et Letulle, recueille des jeunes garçons de 5 à 12 ans et reconstitue leur santé par un séjour au bord de la mer ; l'établissement est situé dans la presqu'île de Rhuys (Morbihan).

L'*Orchestre médical* qui s'est placé au rang des premières Sociétés symphoniques comprend 85 exécutants sous la direction de M. Büsser, chef d'orchestre à l'Opéra ; il donnera ce 8e concert avec le concours de la Société Chorale Guillot de Sainbris de Mlle Laskine (harpiste) et de Mlle Adda Miguel (cantatrice).

Au programme : Symphonie (Jupiter), de Mozart ; Divertissement des jeunes Ismaélites (Berlioz) ; Mélodies de Paul Vidal ; Pièce de Concert pour harpe de Büsser ; Solitude (Sully-Prud'homme), de G.-R. Simia ; Scherzetto d'Albin Guillot ; Pavane de *Patrie* ; *Siegfried-Idyll* de R. Wagner ; Marche Héroïque de Saint-Saëns.

Prix des places : 2 fr., 3 fr., 4 fr., 5 fr., 10 francs. Quelques loges du prix de 150 fr.

Toute souscription d'une loge donne droit au séjour de trois mois, pour un enfant, au *Preventorium*.

On trouve des billets à la salle Gaveau.

— **Plainte au parquet.** — Le Dr Leredde nous prie d'informer nos lecteurs qu'il est complètement étranger à un affichage relatif à sa Maison de Santé qui se fait dans les urinoirs de la voie publique et qu'il a déposé une plainte au Parquet contre ses auteurs.

— Par le *Toulouse-Médical*, nous apprenons que Mr le Prof. Jeannel, doyen de sa Faculté de Médecine de Toulouse, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur. A toutes les félicitations déjà envoyées à notre éminent maître nous nous permettons de joindre les nôtres et d'exprimer notre étonnement que cette distinction ait été aussi tardive !

R. M.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, Place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 8 Dimanche 22 Février 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un projet inattendu de réorganisation de la profession médico-chirurgicale

Ce qu'étaient les vieilles corporations et doit-on en souhaiter le retour ?

Un de nos lecteurs de Bretagne nous adresse le n° du 9 février 1914 du *Journal des Valeurs d'assurances*, « organe spécial des actionnaires des compagnies d'assurances, des assurés et des rentiers viagers ». Nous y trouvons, en troisième page, un article copieux, de 600 à 700 lignes, emprunté à la *Revue pratique des connaissances médicales*, intitulé : *Pour ou Contre le libre choix du médecin.* Dans cet article, l'auteur, M. le docteur F. Guermonprez, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris, sous prétexte de rendre compte du Congrès des délégués ouvriers des caisses de secours des Compagnies minières du Nord et du Pas-de-Calais, tenu il y a quelques mois à Douai, et du dernier Congrès du bâtiment de Lille, expose tendancieusement le pour et le contre de la question du libre choix.

Pour lui, « le libre choix tombe dans le discrédit depuis qu'il est un simple verbe pour couvrir le servilisme du médecin. » Nous ne doutons pas qu'à ce sujet M. le Professeur Guermonprez, de Lille, libre de toute attache avec les industriels de sa région et les compagnies d'assurances, ne donne son opinion en conscience et en toute indépendance, n'ayant en vue que l'intérêt des blessés et celui de la Société en général. Nous n'entreprendrons pas de relever dans cet article les attaques contre le libre choix qui ne supportent guère la discussion et qui ont été cent fois réfutées ailleurs. Mais il est dans ce long article un passage qui nous intéresse davantage : M. le Prof. Guermonprez cite une lettre parue dans la petite correspondance du *Concours médical*, lettre où un de nos confrères de la Sarthe (1) rappelle aux ouvriers et aux petites gens qu'ils ont le

(1) *Concours Médical*, 9 nov. 1913, n° 45 p. 2715, col. 2.

devoir de réclamer, lors des prochaines élections, le droit de se soigner librement, et le maître de Lille conclut par les phrases suivantes, bien que cette déduction ne se dégage pas nécessairement de la lettre citée :

« Le Syndicat est donc, en pratique aussi clairement qu'en théorie, une manière d'association qui n'est pas viable pour le corps médical. Il ne lui est pas possible de soutenir la lutte de la classe des médecins contre la classe des malades : ce serait contre nature. »

A cette affirmation singulière nous croyons devoir répondre :

M. le Prof. Guermonprez se trompe ; il se trompe même lourdement. Non seulement le Syndicat médical est viable en pratique comme en théorie, mais il vit. Diogène démontrait le mouvement en marchant. Nos syndicats médicaux démontrent tous les jours leur existence en agissant. Ces institutions qui, selon M. le Prof. Guermonprez, ne sont pas viables, ont déjà *trente-trois ans d'existence,* elles groupent environ les deux tiers des médecins praticiens et nous doutons que M. le Prof. Guermonprez puisse nous citer une autre profession offrant une aussi forte proportion de syndiqués. Ces syndicats existent et agissent puisque ce sont eux qui ont fait triompher universellement en théorie et réalisé de plus en plus en pratique l'application du libre choix du médecin par le malade dans l'Assistance publique et dans la Mutualité. Ils ont fait plus. Grâce au dévouement et à la ténacité de Diverneresse, soutenu par nous tous, grâce à l'action parallèle des syndicats ouvriers auxquels le même Diverneresse a pu sans peine montrer le danger que ferait courir aux intérêts du sinistré le médecin imposé par les compagnies d'assurances, l'Union de ces syndicats médicaux est parvenue à faire inscrire dans la loi de 1898 le respect de ce libre choix, de cette liberté de confiance, aussi nécessaire dans une nation civilisée que la liberté de conscience.

Mais M. le Professeur Guermonprez, de la Faculté libre de Lille, se trompe doublement. Les Syndicats médicaux ne soutiennent pas de lutte de classe, ils n'opposent pas une classe de médecins à la classe des malades, ce qui, comme le dit très justement le distingué professeur, serait contre nature. Tout au contraire, le syndicalisme médical s'efforce de concilier l'intérêt du malade et celui du médecin, et c'est dans ce but qu'il défend le libre choix, l'intangibilité du secret professionnel et l'intervention des groupements de praticiens dans la réalisation de l'hygiène publique.

M. Guermonprez trouve que le syndicat médical n'est pas viable parce qu'il a quelque chose de mieux à nous proposer. Ce quelque chose est un retour en arrière et fort en arrière. Lisez ce qu'il écrit à ce sujet :

« Pendant de longs siècles, le groupement des médecins de France reposait sur une base scientifique ; il avait pour centres les Facultés et pour membres les docteurs et les licenciés. A la même époque, les chirurgiens étaient groupés en France en corporation, comme ils le sont encore en Angleterre. Du côté des médecins, comme du côté des chirurgiens, le sentiment de l'honneur professionnel se montrait vigilant pour écarter les confrères marrons : on formait, au besoin, une sorte de conseil de famille pour infliger à un coupable l'expiation professionnelle de sa faute.

Il faudra bien revenir quelque jour à de saines et judicieuses traditions pour réorganiser la profession médico-chirurgicale, avec des chefs, des conseils, des arbitres qui soient tous pourvus de la compétence technique.

Pour l'entreprendre, il faut renoncer préalablement aux illusions majoritaires dans les divers groupements professionnels dits syndicataires, qui font choix des médecins. Il faudra même abandonner les prétentions égalitaires entre les électeurs sagaces et prudents, et le très grand nombre de ceux qui font le choix sans expérience, sans responsabilité, et qui se déterminent par un simple caprice. »

M. le Professeur Guermonprez, de la Faculté catholique de médecine de Lille, nous excusera si nous trouvons singulière cette façon d'apprécier la confiance, la foi que le malade a dans le médecin qu'il a librement choisi. Pour lui, c'est un simple caprice qui le détermine. On pourrait en dire autant de toute décision humaine, et comme l'on a vu de tous temps des « électeurs sagaces et prudents », des hommes, même distingués, demander la santé *à la foi qui guérit* (droit que M. Guermonprez ne discutera probablement pas) nous ne voyons pas sur quel principe il se base pour refuser ce même droit à des esprits plus simples et à des êtres socialement plus humbles.

M. Guermonprez rêve le retour à la vieille et bonne corporation, dont le prototype fut l'ancienne Faculté de médecine de Paris, l'*alma mater* des médecins parisiens de l'ancien régime.

Un coup d'œil rapide sur l'histoire de cette corporation suffira pour nous montrer tout ce que nous, praticiens, serions en droit d'attendre du retour de pareille institution.

Nous la voyons, dès son origine, se confiner dans ses traditions avec un esprit étroit, égoïste

et sectaire, occupant ses élèves à ratiociner sottement et à gagner leurs grades à force d'*ergo*. Nous la voyons imposer à ses élèves des discussions sur des thèses ridicules et lubriques, dont voici quelques exemples à titre de curiosité :

Est-ne femina viro salacior ? An quo salacior mulier eo fecundior ? An litteratis vita cœlebs ? An hystericis virginibus Venus ? An auroræ Venus amica ? An per incantationes fit curatio ? Nous la voyons, en 1707 par exemple, faire discuter pendant six heures Alexandre le François sur cet absurde sujet : *Est-ne aliquod lunæ in corpore humano imperium ?*

Nous la voyons, en vertu de ses privilèges, persécuter toutes les personnes douées d'un esprit libre et distingué, Ambroise Paré, Paracelse, Renaudot et ses deux fils qu'elle refuse systématiquement, en haine de leur père, même les médecins professeurs au Jardin du Roi, s'ils ne font pas amende honorable et ne consentent pas à passer sous ses fourches caudines.

Nous la voyons, elle qui considère que c'est déchoir que de se servir utilement de ses mains, intenter un procès ridicule et odieux aux chirurgiens, puis plaider stupidement pour faire condamner l'usage de l'antimoine.

Nous la voyons repousser *a priori* la découverte d'Harvey.

Enfin, nous la voyons, à la veille de la Révolution, sombrer dans sa lutte burlesque contre la Société royale de médecine. Ce vaudeville mérite d'être rappelé

Jalouse des succès d'un de ses docteurs, Vicq d'Azyr, qui avait inauguré des cours libres d'anatomie aussi suivis des étudiants que les cours officiels étaient délaissés, la Faculté fit interdire cet enseignement. Elle fit plus, elle ne cessa de poursuivre des récriminations de son doyen le professeur indépendant qui avait trouvé un refuge au Jardin du Roi. Sa fureur contre lui ne connut plus de bornes quand, avec De Lassonne, premier médecin du Roi, Vicq d'Azyr obtint un arrêt du Conseil d'Etat (29 avril 1776), établissant une *Commission de médecins à Paris pour tenir correspondance avec les médecins des provinces pour tout ce qui peut être relatif aux maladies épidémiques et épizootiques.* C'était une innovation et un progrès, double raison pour susciter l'opposition de la Faculté. En 1778, cette commission devenait la *Société royale de médecine de Paris* et Vicq d'Azyr en était le secrétaire perpétuel. La nouvelle Société se réunit au Collège de France en une séance solennelle le 27 janvier 1778, et la renommée fit savoir que le grand lustre de l'amphithéâtre avait été garni de 80 bougies. La Faculté, envieuse, mais qui n'était pas riche, se saigna aux quatre veines pour être plus magnifique que sa rivale. Elle donna à la Sorbonne une séance solennelle le 4 novembre 1778 où, fait mémorable, furent allumées 200 bougies ; qui eût pu dire désormais qu'elle se confinait dans la ténèbre de l'obscurantisme ? Elle fit même encore un effort plus grand vers le modernisme ; pour plaire aux gens du monde et obtenir des appuis, elle daigna autoriser ses orateurs à disserter en français à cette solennité. Mais tout ne se borna pas à cette guerre aux chandelles. La Faculté essaya d'être odieuse ; elle censura sans motifs ceux de ses membres qui avaient accepté de faire partie de la Société royale et prononça contre certains des décrets d'exclusion.

Elle protesta mesquinement contre les lettres patentes qui donnaient une existence légale à la nouvelle société, demanda l'appui de l'Université tout entière. Comme le ministre Miromesnil, qui protégeait la Société royale, menaçait de se fâcher sérieusement, la Faculté bouda et ferma le 15 décembre 1778 ses écoles. Elle ne tarda pas à les ouvrir de nouveau, bien qu'il eût été facile de se passer d'elle. La pauvre Faculté n'avait plus de ressources, guère plus d'élèves, et même plus de domicile. Obligée de quitter la rue des Rats où ses écoles tombaient en ruines, elle s'était réfugiée rue Jean-de-Beauvais, dans les vieux bâtiments des anciennes Ecoles de Droit. Ces masures à leur tour menaçaient de s'effondrer. Le lieutenant de police, Lenoir, dut prévenir le doyen qu'il fallait déguerpir. D'ailleurs la vieille Faculté avait presque cessé d'exister à la veille de la Révolution. Depuis 1786, elle n'avait pas reçu de docteurs ; en 1789, elle n'avait guère plus de 60 élèves et, après septembre 1790, elle ne fit plus de licenciés. Elle était donc à l'agonie quand la Convention lui porta le coup de grâce en 1793.

Est-ce cette vieille institution, cette antique corporation tyrannique, rétrograde et absurde, qui s'éteignit dans l'abandon, le ridicule et le mépris, que M. le Professeur Guermonprez veut opposer à nos syndicats pleins d'ardeur et de vie, nés librement pour défendre notre dignité et notre indépendance ? Sont-ce là les « *saines et judicieuses traditions* » qu'il rêve d'exhumer pour « *réorganiser la profession médico-chirurgicale* ? »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le prof. CHAUFFARD.

L'hémorrhagie cérébrale et son traitement.

L'hémorrhagie cérébrale constitue, dans le groupe des hémorrhagies viscérales, un cas particulier. Son importance tient, en effet, non pas à la perte sanguine en elle-même, mais à l'organe qu'elle frappe, aux lésions du cerveau qu'elle provoque.

L'hémorrhagie cérébrale, d'autre part, doit être considérée comme une lésion locale, en relation avec les états pathologiques artériels, qu'accompagnent des modifications de la tension vasculaire, des altérations des reins et des surrénales. On ne saurait envisager l'hémorrhagie cérébrale sans tenir compte des connexions qu'elle présente avec ce groupement morbide. Nous trouvons d'ailleurs là, et je vous en parlerai tout à l'heure, une base pour les mesures prophylactiques à formuler comme prévention de la maladie.

Ce petit préambule exposé, j'arrive aux faits du service. Nous avons eu dans nos salles, récemment, trois cas d'hémorrhagie cérébrale. Je vais vous relater nos trois observations, mais, auparavant, je dois vous exposer quelques notions d'anatomie pathologique. Les artères cérébrales, origines de l'hémorrhagie, sont, ainsi que Charcot l'avait montré, des artères perforantes. Elles se trouvent dans l'axe de l'aorte et de la carotide primitive, si bien que l'ondée sanguine y pénètre directement.

Normalement résistantes, et protégées en outre par leur gaine lymphatique, elles sont de petit calibre, en particulier la lenticulo-striée, que Charcot appelait l'artère de l'hémorrhagie cérébrale. Elles peuvent cependant donner lieu à de grosses hémorrhagies. Vous pouvez retirer de ces foyers des caillots de 250 et 300 grammes. J'ajoute que les caillots sont d'un type spécial ; ils sont cruoriques, non rétractiles, le coagulum ne s'y faisant pas comme *in vitro*. Pourquoi les caillots atteignent-ils ce volume et ce poids ? C'est que l'hémorrhagie se produit dans un tissu mou, essentiellement déchirable, la substance cérébrale, qui oppose une résistance minime. On observe, d'ailleurs, tous les degrés, depuis l'hémorrhagie ponctiforme jusqu'aux gros foyers massifs.

Le premier résultat de l'hémorrhagie est donc la dilacération, la destruction de la substance cérébrale, et la suppression des fonctions de l'hémisphère. Le deuxième résultat est l'augmentation de volume, par le foyer, de l'hémisphère atteint. Dès que la calotte cranienne est enlevée, on aperçoit, effectivement, l'hémisphère qui bombe et est accru de dimensions. En revanche, l'hémisphère sain est plutôt aplati. Nous verrons que cette notion a été, récemment, le point de départ d'une suggestion thérapeutique nouvelle.

Non seulement le foyer hémorrhagique distend l'hémisphère, mais encore par cela même, le sang cherche un échappement, qu'il trouve dans le sens des cavités du cerveau et des espaces arachnoïdiens. L'issue du sang dans ces derniers et dans le liquide céphalo-rachidien est assez commune. Nous disons alors qu'il y a hémorrhagie cérébro-méningée et nous mettons en rapport avec la propagation sous-arachnoïdienne certains signes cliniques d'excitation des voies motrices. L'hémiplégie, dans ce cas, n'est pas flasque. Lorsque vous soulevez les membres atteints, dans une hémiplégie flasque, ils retombent inertes. Ici, il y a un certain degré de contracture, de résistance du membre. C'est un caractère important de l'hémorrhagie cérébro-méningée. Un autre caractère est le passage au côté opposé du signe de Babinski. Quand vous voyez, chez un hémiplégique, le signe de l'orteil de Babinski être unilatéral et devenir bilatéral, déduisez-en qu'il y a eu extension méningée de l'hémorrhagie.

J'arrive à nos trois cas. Tous trois se sont terminés par la mort, l'un au 5e jour, l'autre au 2e jour, le dernier en quelques heures seulement. L'histoire la plus complète est naturellement celle de notre premier malade. Il s'agit d'un homme de 70 ans, robuste, sans antécédents, qui fut frappé soudainement, sur la voie publique, d'un grand ictus avec perte de connaissance. On le transporta dans le service et nous le trouvâmes le lendemain matin, dans le coma complet, avec stertor, en hypoesthésie du côté droit. Quand on pinçait la peau du côté gauche, il retirait son membre ; quand on la pinçait à droite, il ne faisait d'abord aucun mouvement, puis il esquissait un mouvement de défense avec le bras gauche. L'hémiplégie siégeait à droite et était complète, intéressant les membres et le facial inférieur. Lorsqu'on soulevait le membre supérieur ou inférieur, il retombait sur le lit, mais on notait une certaine raideur.

Les réflexes tendineux étaient exagérés du côté droit, normaux à gauche. Le réflexe de Ba-

binski, normal à gauche, était pathologique à droite. Ajoutons, pour compléter la description clinique, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, le stertor bruyant, et la tendance au Cheyne-Stokes. La ponction lombaire montra un liquide coloré, hémorrhagique, indiquant une participation méningée. On notait de l'albuminurie, une tension artérielle de 26, et un Wassermann franchement positif. Il y avait azotémie (0 gr. 90 pour 1000) et hypercholestérinémie (3 gr. 30 pour 1000). L'albuminurie ne suffit pas dans l'hémorrhagie cérébrale pour caractériser une altération rénale. L'hémorrhagie cérébrale peut créer l'albuminurie. J'ai observé un malade chez lequel une analyse d'urine venait d'être faite et avait montré l'absence d'albuminurie. Quelques jours après, le sujet fut atteint d'hémorrhagie cérébrale et l'examen des urines y décela 5 gr. d'albumine. Dans le cas présent, l'hypertension, l'azotémie et l'hypercholestérinémie nous ont permis de dire que les reins étaient touchés.

Chez notre malade, la situation a été en s'aggravant. Le stertor s'est accentué. Le signe de Babinski est devenu bilatéral. Le cinquième jour, la mort survint avec une ascension de température à 39°2. Souvent, vous verrez la température monter beaucoup plus haut, à 40°, 41°.

L'histoire du second malade est également intéressante. Nous l'avons, en effet, soigné à deux reprises dans le service. C'était un homme de 48 ans, gros obèse pesant 104 kilogs qui, depuis quelques années, avait notablement engraissé. Il avait lui-même accentué son obésité en ajoutant à son régime deux litres de lait par jour, dans le but d'améliorer la fatigue qu'il ressentait. Je n'ai pas besoin de dire combien cette suralimentation était en l'espèce intempestive. Quoi qu'il en soit, il entra à l'hôpital il y a deux mois pour des troubles d'insuffisance cardio-vasculaire, de l'oppression, de l'œdème des membres inférieurs. Le faciès était congestif, le cou court ; ce gros homme présentait l'aspect type du prédestiné à l'hémorrhagie cérébrale. Le cœur était arythmique, la tension artérielle moyennement élevée, à 18. Pas d'albuminurie, pas d'azotémie (0 gr. 35 d'urée), pas de cholestérinémie (1 gr. 25 de cholestérine). En revanche, il existait une hyperviscosité du sang (6 au lieu de 3 à 4, chiffre normal). Soit dit en passant, on ne recherche pas assez ce phénomène. En somme, obèse hypertendu, hypervisqueux, congestif, sans altération rénale bien patente. Peut-être la recherche de la constante d'Ambard nous eût-elle fourni une indication plus précise sur ce point. Nous avons prescrit le régime, de la théobromine, et bientôt le malade quitta l'hôpital amélioré.

Après avoir pris quelques semaines de repos chez lui, cet homme, se sentant bien, part un matin reprendre son travail. Il a à peine commencé qu'il tombe atteint d'un grand ictus. On le ramène dans le service où nous le trouvons, inerte, dans le décubitus dorsal, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux vers le côté gauche, le visage cyanosé, du stertor, les membres en résolution complète, une hémiplégie droite, un signe de Babinski bilatéral, la sensibilité abolie, les bruits du cœur sourds. Il mourut le troisième jour dans le même état de coma complet.

Notre troisième cas concerne une femme de 63 ans, qui fut conduite à l'hôpital dans la nuit, en plein coma. Il semble, chez elle, d'après les renseignements qui ont été fournis, qu'il y ait eu une phase préparatoire comprenant de la céphalée et des vertiges. Elle fut amenée dans le coma absolu, la face cyanosée, insensible, la cornée anesthésique, le signe de Babinski net des deux côtés. Elle succomba quelques heures après.

Une question se pose. Comment arrive-t-on à l'hémorrhagie cérébrale ? On y arrive par des processus anatomiques et par des processus pathologiques. Par des processus anatomiques, c'est-à-dire par des lésions artérielles. Si vous regardez les pièces d'autopsie, vous y verrez des lésions d'athérome, d'artérite. Vous y trouverez souvent aussi une lésion curieuse, spéciale, décrite en 1868 par Charcot et Bouchard. Ces auteurs nous ont appris à connaître le rôle des petits anévrysmes miliaires dans l'hémorrhagie cérébrale. Quand on dissocie les artérioles intéressées, on aperçoit des petits points annexes qui sont de minuscules anévrysmes, où se fait la rupture. C'est une lésion commune, en pareil cas, quoique non constante.

On arrive également à l'hémorrhagie cérébrale par des processus pathologiques. Les autopsies ont montré, chez ces malades, habituellement des lésions rénales. On sait, d'autre part, que l'hémorrhagie cérébrale est fréquente chez les néphro-scléreux hypertendus. Fréquemment encore, on trouve un cœur hypertrophié avec surcharge graisseuse. Il est aussi un organe, qu'à première vue on ne s'attendrait guère à voir figurer ici : ce sont les capsules surrénales. Pendant longtemps, les pathologistes n'ont connu les capsules surrénales que par la maladie d'Addison, par leur déficience. Puis, on a mis en lumière leur hyperfonctionnement, leur rôle hypertenseur. Chez les sujets qui ont succombé à une hémorrhagie cérébrale, on peut trouver de grosses surrénales. Pouvons-nous déceler quelques traces de cette participation des surrénales, dans l'hémorrhagie cérébrale ? Oui, d'abord par le dosage de la cholestérine. Nous poursuivons dans le service ces dosages de la cholestérine. Il y a des cas où les surrénales sont chargées de cholestérine, d'autres où elles en contiennent peu. Chez un sujet qui avait succombé à une fièvre typhoï-

de, nous avons trouvé dans les surrénales 5 gr. seulement de cholestérine pour 1000. Chez les trois malades dont je viens de relater les observations, les chiffres étaient 83 p. 1000, 78 p. 1000 et 54 gr. pour 1000. Si nous rapportons cela au chiffre normal (45 à 50), constaté chez les sujets qui meurent subitement par exemple, nous voyons qu'il y avait chez nos trois malades surcharge en cholestérine. Ceci peut avoir pour nous l'intérêt que voici. On ne saurait établir, certes, un rapport direct entre la teneur du sérum en cholestérine et l'hémorragie cérébrale. Mais, il est logique d'admettre que les deux fonctions, lipoïdique et adrénalinique, des surrénales, se trouveront exagérées en même temps. N'ayant pas le moyen de doser l'adrénaline dans le sang, la présence d'une surcharge en cholestérine fera penser à une surcharge concomitante en adrénaline, agent d'hypertension artérielle. Une telle déduction, toutefois, demeure encore à l'état hypothétique.

Comme autres conditions pathogéniques de l'hémorrhagie cérébrale, il convient de citer l'obésité, le facies congestif, les troubles du système cardio-vasculaire, l'hypertension artérielle, l'hérédité. Dieulafoy avait insisté sur ce fait qu'il est des familles à hémorrhagie cérébrale. Il est évident qu'en pareil cas, c'est l'hérédité artérielle qui intervient, le cerveau n'étant que le support de l'affection vasculaire. La goutte, l'intoxication alcoolique, le tabac (élévateur de la tension artérielle), la syphilis, jouent un rôle. Il ne paraît pas douteux que la syphilis est un des processus importants qui conduisent à l'hémorrhagie cérébrale. Il serait intéressant de reprendre la question des anévrysmes miliaires de Charcot et Bouchard. La syphilis, qu'on trouve à l'origine d'un grand nombre d'anévrysmes, est peut-être aussi la cause de ceux-là.

Ainsi, l'hémorrhagie cérébrale n'est pas une maladie autonome, mais l'aboutissant d'autres affections. C'est une maladie qui finit. Nous avons là une notion de première importance, car elle va nous indiquer les moyens de prévention de la maladie. En matière d'hémorrhagie cérébrale, la méthode préventive peut beaucoup plus que la méthode curative.

En quoi consistera l'action médicale dans la prévention de l'hémorrhagie cérébrale ? Ce sera une action de restriction. Tout sujet considéré comme prédisposé ou menacé d'hémorrhagie cérébrale doit se résigner à un *régime de restriction*. Restriction alimentaire, d'abord, quantitative et qualitative. S'il était gros mangeur, il doit devenir sobre et manger modérément. Il réduira surtout les viandes, le rôle de l'hyperalbuminose étant bien connu. Restriction dans les boissons, dont l'abondance fatigue l'appareil circulatoire et les émonctoires. Restriction des efforts physiques. Nombre d'observations montrent l'hémorrhagie cérébrale éclatant à l'occasion d'un effort manuel (il en fut ainsi chez notre second malade), d'un effort physiologique, comme dans la défécation ou pendant le coït. Restriction des sports, qui conviennent surtout aux jeunes et beaucoup moins plus tard. Restriction du travail cérébral, cause d'hypertension. On évitera, enfin, les écarts de température, air surchauffé, insolation, etc.

Comme moyens thérapeutiques, on essaiera de faire tomber l'hypertension artérielle. Chez les grands hypertendus, on n'y parvient que par 3 moyens : le repos, les purgatifs et les émissions sanguines, soit ventouses scarifiées, soit sangsues. Beaucoup de ces sujets sont soulagés par des applications de ventouses scarifiées, faites tous les dix ou quinze jours. On a usé et abusé peut-être, en pareil cas, de la médication iodée. L'iode n'agit guère sur la tension artérielle. Toutefois, il est utile dans l'hyperviscosité, et il intervient en tant qu'agent liquidifiant du sang. Martinet a montré la différence qui existe entre l'hypertendu hydrémique et l'hypertendu visqueux.

La mise en œuvre de ces moyens permet de reculer, peut-être parfois d'empêcher l'atteinte de l'hémorrhagie cérébrale. Lorsque celle-ci est produite, que peut-on faire ?

Il convient de distinguer la petite et la grande hémorrhagie.

La petite hémorrhagie, à coma incomplet, sans fièvre, est rapidement améliorée par la diète hydrique, les purgatifs, la glace sur la tête, les émissions sanguines du côté de l'hémisphère atteint. Il n'en est pas de même, malheureusement, de la grande hémorrhagie, à coma complet, que vous voyez évoluer avec des signes graves, hyperthermie, congestion pulmonaire, infections secondaires, escarre fessière aiguë ; dans ces cas-là, la thérapeutique reste impuissante. Nous appliquons les mêmes moyens, sans grande conviction et sans succès ; la mort survient au 5e, 6e jour et même plus tôt.

La chirurgie fournira-t-elle une méthode nouvelle plus efficace ? La question de l'intervention chirurgicale ne se serait même pas posée, il y a quelques années : on n'aurait pas trouvé un médecin pour la proposer, ni un chirurgien pour l'exécuter. Mais, la technique chirurgicale s'est, depuis, grandement améliorée. Quand on voit l'instrumentation de M. de Martel, ses trépanations à grand volet cranien faites en six ou huit minutes, on peut songer à l'intervention chirurgicale. Un chirurgien américain a pratiqué l'ablation directe des caillots dans le foyer hémorrhagique. Je signale seulement cette tentative hardie, que je ne juge pas, l'opération n'ayant pas jusqu'à présent été faite chez nous. Une autre méthode a été préconisée tout récemment par M. Pierre Marie. Le prof. Pierre Marie propose de décomprimer l'hémisphère cérébral sain

par une trépanation créant un grand volet cranien, et il recommande l'opération dans certains cas déterminés, lorsqu'il n'y a pas coma progressif, etc. Quatre de ses malades ont été ainsi trépanés par M. de Martel. La question est ouverte. C'est une idée nouvelle, fort intéressante. Toutefois, cette suggestion thérapeutique ne me paraît pas sans gravité et, pour ma part, j'hésiterai beaucoup avant de la conseiller. J'attendrai que des faits précis soient publiés pour m'y rallier, avec l'espoir que nous aurons là un jour un moyen de lutter contre l'hémorrhagie cérébrale.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse:
Service de M. le Professeur Mériel.

Leçon de M. Tourneux, chef de clinique.

Hernie de l'appendice.

Messieurs,

Je désire vous entretenir aujourd'hui d'un malade entré dans notre service pour une affection des plus banales, une hernie inguinale, mais qui, lors de l'intervention chirurgicale qui fut pratiquée il y a quelques jours, nous a présenté une disposition assez rare de viscère hernié, consistant en la présence d'un appendice libre et flottant dans le sac herniaire. C'est là une particularité que l'on ne rencontre pas souvent dans les cures radicales, et je crois intéressant d'attirer votre attention sur ce point.

Du malade lui-même, je ne vous dirai pas grand'chose ; il s'agit d'un homme âgé de 46 ans, couché au nº 9 de la salle Saint-Lazare, qui s'était présenté, il y a quelques jours à notre consultation, et qui possédait du côté droit une volumineuse hernie descendant jusque dans le scrotum. Et à ce propos, vous pouvez vous souvenir que lorsque nous avons examiné ensemble ce malade, je vous ai fait remarquer, en vous montrant la béance de l'anneau et la mauvaise qualité des muscles constituant la paroi abdominale, combien nous aurions de difficultés pour constituer un plan résistant pouvant s'opposer plus tard avec succès à la pression abdominale. Au cours de l'intervention, qui fut pratiquée le 28 janvier, au moment où, suivant notre habitude, après avoir isolé le sac, nous avons incisé son extrémité flottante, vous avez pu apercevoir dans son intérieur un petit organe allongé qui n'était autre chose que l'appendice vermiculaire. J'ai alors agrandi légèrement mon incision, et j'ai, fort commodément, ainsi que vous avez pu le constater, pratiqué l'ablation de ce viscère hernié.

La présence de l'appendice en pareille position est, certes, un fait assez rare, mais qui n'est point exceptionnel, car, pour vous en convaincre, je n'ai qu'à vous rappeler que nous avons déjà observé à plusieurs reprises, dans notre service, de pareilles dispositions, et que nous en possédons 7 observations.

Je dois maintenant vous faire remarquer que la hernie de l'appendice ne se présente pas toujours au chirurgien sous la même modalité, mais que, suivant certaines circonstances que je vais vous exposer brièvement, on a pu en décrire plusieurs entités cliniques.

L'appendice peut d'abord, comme dans le cas qui nous occupe, se trouver dans un trajet herniaire, de même que tout autre viscère abdominal, sans présenter aucune trace de lésions : c'est cet état que Thiéry a désigné en 1892 du nom d'*appendicocèle*, et que l'on retrouve le plus fréquemment.

Mais à côté de cette forme éminemment simple, il en est d'autres, plus complexes, où l'état du viscère hernié s'accompagne et se modifie du fait d'une complication. C'est ainsi que tout appendice peut présenter dans un trajet herniaire les accidents inflammatoires qui lui surviennent dans sa situation normale, c'est-à-dire qu'il peut présenter des lésions d'appendicite qui, du fait de cette position ectopique, affectent alors une allure un peu particulière que l'on a désignée du nom d'*appendicite herniaire.*

De même, cet appendice, engagé ainsi à travers un orifice et situé dans un trajet, peut être également soumis à tous les accidents qui viennent si souvent compliquer ces hernies, et dont le plus fréquent est l'étranglement. Il s'ensuit donc qu'à côté de l'*appendicocèle* et de l'*appendicite herniaire*, il existe une troisième affection bien caractérisée et qui n'est autre chose que l'*étranglement de l'appendice.*

Je ne puis, à mon grand regret, insister aujourd'hui sur ces deux dernières modalités, ce qui m'entraînerait beaucoup trop loin, et je veux me contenter de vous exposer ce que c'est que l'appendicocèle.

S'il m'est impossible de vous donner même une idée, de la fréquence de cette variété de hernie, car elle ne se manifeste par aucun symptôme net, et n'est presque toujours qu'une trouvaille opératoire, je ne me montrerai guère plus explicite sur l'âge des malades atteints d'appendicocèle. La hernie, vous le savez, et vous pouvez vous en rendre compte tous les jours, se voit à tout âge, et maintenant que l'intervention chirurgicale est non seulement acceptée, mais encore réclamée dans l'immense majorité des cas,

le nombre des hernies que l'on voit chez les jeunes augmente de jour en jour. Et c'est ce qui vous explique que sur les 7 cas d'appendicocèle de notre statistique, nous en relevons 3 survenus chez des enfants âgés de moins de 3 ans, ce qui nous met en contradiction directe avec les chiffres fournis par Jaboulay et Patel.

Je ne m'étendrai pas longuement sur le siège de ces hernies, car ce point ne présente aucun intérêt : sachez seulement que si, dans la majorité des cas, elles se font au niveau du canal inguinal, elles peuvent également se produire en d'autres régions, crurale, ombilicale ou obturatrice. Elles siègent presque toujours à droite, vous en comprenez aisément la raison, mais elles peuvent également se manifester du côté gauche, soit par transposition des viscères, ce qui est rare, soit par longueur de l'appendice ou par laxité des mésos, ce qui est beaucoup plus fréquent.

Arrivons à un point plus intéressant, sur lequel je désire m'arrêter un peu plus longuement : je veux parler de la pathogénie de l'appendicocèle, qui nous présente différents points à considérer. Pour qu'une pareille disposition puisse se produire, il faut que l'appendice soit très long, que le cæcum se trouve en position basse, ce qui rapproche l'appendice d'un trajet herniaire, ou bien encore qu'il s'agisse d'une hernie cæcale, et dans ce cas, l'ectopie vermiculaire n'en constitue que le premier temps.

Il n'est pas rare de constater des appendices extrêmement longs, Félizet avait déjà insisté sur ce point, et j'ai pu en observer 2 cas, l'un chez un enfant de 2 ans 1/2 où ce diverticule mesurait 11 centimètres, et l'autre chez une femme de 65 ans où sa longueur atteignait 14 centimètres ; il s'agissait dans ce dernier cas de hernie crurale et, le cæcum étant demeuré en place normale, fortement fixé, l'appendicectomie fut de ce fait rendue particulièrement délicate.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'une disposition basse du cæcum, position congénitale, anormale et définitive de ce segment intestinal. C'est cette disposition qui s'est trouvée chez notre malade, et j'ai pu également la relever chez 3 autres de mes opérés. On se rend aisément compte de cette situation en constatant que le cæcum est bien fixé dans la cavité abdominale, qu'on ne le voit pas apparaître au sommet de la hernie et que, malgré des tractions exercées sur l'appendice, on ne peut l'engager dans l'anneau.

Enfin, la dernière éventualité se rapporte aux hernies du gros intestin, autrefois dénommées hernies sans sac, ou hernies par glissement et qui sont dues à la ptose viscérale. Il se produit alors souvent un accolement des différents feuillets péritonéaux, ce qui amène des dispositions toutes particulières rendant les interventions entièrement malaisées.

Considérons maintenant l'appendice en lui-même, et sans parler des lésions qu'il peut présenter. Nous pouvons voir qu'il arrive à se présenter à nous sous deux aspects bien différents dans le trajet herniaire : il peut en effet être complètement libre et indépendant de toutes adhérences avec le sac, ou bien encore, il peut lui être rattaché par des connexions plus ou moins intimes. Dans la majorité des cas, il est libre : c'est ce ce que vous avez pu voir chez notre malade, et ce qui se trouvait également dans 5 autres des cas que je vous ai cités. Ce n'est que plus rarement que cet appendice est fixé au sac, et cela se voit à la suite d'une légère inflammation ayant produit des adhérences ou bien encore dans ces cas que je vous signalais tout à l'heure, de hernies cæcales où le sac étant partiellement ou en totalité accolé, c'est alors le méso lui-même qui réalise cette fixation. Notre statistique ne renferme pas de cas d'adhérences inflammatoires, mais elle contient un cas où l'appendice était relié au sac par des adhérences naturelles, c'est-à-dire par son méso : il s'agissait d'un jeune enfant de 5 ans que j'ai opéré il y a deux ans environ.

Je n'insisterai pas sur la symptomatologie de l'appendicocèle ; dans la majorité des cas, et notre malade en est une preuve, elle est absolument muette, et nul signe ne permet de soupçonner la possibilité d'une pareille disposition. Ce n'est que dans des cas très rares, comme dans les hernies du cæcum, où l'appendice adhère aux parois du sac, que la présence d'un cordon roulant sous le doigt peut faire penser à l'appendicocèle et vous mettre sur la voie d'un diagnostic.

Il me reste enfin, pour terminer, à envisager la conduite à tenir en présence de pareils faits. Lorsqu'on rencontre dans un sac herniaire l'appendice, la résection de cet organe s'impose. C'est ce que vous m'avez vu faire, et si je n'ai pas hésité un seul instant à pratiquer l'ablation de ce diverticule, c'est que cet appendice trop long, ou bas situé, aurait toujours manifesté des tendances à s'engager à nouveau dans un trajet, et que son maintien aurait pu être ultérieurement la source de nombreux dangers. L'intervention est d'ailleurs des plus simples : il suffit de prolonger légèrement son incision, et l'on arrive alors par la voie inguinale ou crurale à pratiquer l'appendicectomie aussi facilement que s'il se fût agi de réaliser l'ablation de cet organe par la voie abdominale.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Vaccination anti-typhoïdique. — Hypertension artérielle d'origine rénale, réaction de défense. — Injections intra-veineuses de sérum glycosé. — Enfants xiphopages. — Cure de légumes secs chez les diabétiques. — Craniocentèse suivie d'injections sous-arachnoïdiennes cérébrales. — Empoisonnement oxalique avec néphrite aiguë. — Hémorrhagie grave guérie par transfusion. — Phénomènes de shock après l'accouchement. — Cholécystite gravidique. — Lutte sociale contre la tuberculose. — Kyste hydatique traité par l'arsénobenzol. — Un cas de grossesse consécutive à une castration annexielle et chirurgie conservatrice.

M. VINCENT présente à l'*Académie de médecine* un mémoire de M. le Dr BADIE intitulé : *la vaccination anti-typhoïdique par le vaccin polyvalent* (méthode du prof. Vincent), *à Montauban.*

En septembre-octobre 1913, une sévère épidémie de fièvre typhoïde éclata à Montauban, dans la garnison et dans la population civile. On vaccina en masse les soldats et les jeunes recrues. L'épidémie s'arrêta alors complètement dans le milieu militaire, alors qu'elle continua à se manifester dans le milieu civil non vacciné.

— M. Ch. FIESSINGER fait à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*hypertension artérielle d'origine rénale, réaction de défense.*

Pour M. Fiessinger, l'hypertension artérielle d'origine rénale semble devoir être regardée comme une réaction de défense de l'organisme, qu'il faut respecter, puisqu'elle facilite la filtration de l'organe, sauf lorsqu'elle est excessive ou se montre sous forme de crises hypertensives surajoutées.

Le repos, la diète, la saignée, les purgatifs sont les meilleurs moyens de diminuer une hypertension exagérée et d'amender les crises hypertensives. Celles-ci sont souvent provoquées par des fatigues, des émotions, des trépidations de chemin de fer ou d'auto, des refroidissements, des écarts de régime ; il convient d'en tenir compte au point de vue prophylactique.

— M. Ed. ENRIQUEZ lit à l'*Académie de médecine* un travail sur l'*emploi thérapeutique des injections intra-veineuses de sérum glycosé à 300 p. 1.000.*

Depuis quelques années, l'attention des cliniciens a été appelée sur la possibilité de remplacer les sérums chlorurés injectés sous la peau ou administrés par voie rectale, par des solutions isotoniques de glycose, de lactose, de mannite, titrées à 50 p. 1.000. Fleig a remplacé ces solutions sucrées isotoniques par des solutions hypertoniques à 300 p. 1.000, et il constata à leur suite une action diurétique rapide et énergique.

M. Enriquez a repris les recherches de Fleig. Il a pratiqué à divers malades des injections intra-veineuses de solution glycosée à 300 p. 1.000. Ces injections, faites très lentement (une heure pour 300 cent. cubes), ont été bien tolérées, et furent répétées 2 et 3 fois chez le même patient. Employées dans des oliguries d'origine infectieuse, dans des intoxications graves (oxyde de carbone), dans des oliguries mécaniques symptomatiques d'états asystoliques, elles ont dans la plupart des cas provoqué une diurèse immédiate et une amélioration rapide.

— M. LE FILLIATRE montre, à l'*Académie de médecine, deux fillettes xiphopages.*

Les deux fillettes, bien constituées, sont accouplées par une adhérence, un pont qui les unit au niveau de la partie inférieure du thorax et de la partie supérieure de l'abdomen.

De différents examens (radioscopie, cytologie, palper), il ressort que les deux enfants jouissent d'une dualité physique, physiologique et psychique certaine. Il y a lieu de penser qu'une fois séparées opératoirement, elles pourront poursuivre une existence individuelle.

— M. Marcel LABBÉ lit à l'*Académie de médecin* une note sur la *cure de légumes secs chez les diabétiques.*

On connaît depuis longtemps le danger des excès de viande, capables de faire apparaître le coma, chez les diabétiques en état d'acidose. Dans ces formes de diabète, von Noorden recommande la cure d'avoine. M. Marcel Labbé, lui, préfère la cure de légumes secs, qui serait mieux supportée et est plus riche en albumine.

La cure est instituée de la façon suivante. Le malade ingère, chaque jour, 300 gr. de légumes secs, 150 gr. de beurre, 3 à 6 œufs, 3 à 6 pains d'aleurone ou de gluten. On peut permettre en outre 3 à 4 verres à bordeaux de vin rouge et quelques légumes verts. Aux légumes secs ordinaires (pois, haricots, fèves, lentilles), on peut ajouter les pois de soja, pauvres en amidon (mais difficiles à cuire). La cure doit être suivie au moins trois jours : certains malades la prolongent une semaine et plus.

Ce régime de légumes secs trouve ses indications chez les diabétiques en état d'acidose et lorsqu'il y a menace de coma.

— MM. SICARD et REILLY communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *craniocentèse suivie d'injections sous-arachnoïdiennes cérébrales.*

Dans ces derniers temps et de divers côtés, ont été faites une série de tentatives de traitement local direct des affections méningo-encéphaliques et en particulier de la syphilis nerveuse chronique, encéphalique et médullaire.

Après avoir eu recours aux injections sous-arachnoïdiennes lombaires de cyanure de mercure et de néo-salvarsan, M. Sicard a été conduit à utiliser la voie directement cérébrale. Chez deux paralytiques généraux, il a fait pratiquer par M. Lapointe une trépanation bilatérale (de la dimension d'une pièce de deux francs) et il a injecté par les brèches ainsi constituées, sous la méninge corticale, dix centimètres cu-

✦✦✦

bes d'eau chlorurée à 5 p. 1.000 contenant du cyanure de mercure (2 dixièmes de milligr.) ou du salvarsan (3 milligr.) Ces tentatives ont été parfaitement tolérées. L'un des sujets est actuellement amélioré.

M. Sicard pense qu'il serait possible, pour cette intervention, d'éviter l'anesthésie générale. On peut faire, à l'anesthésie locale, une perforation de l'os avec un perforateur cranien et pratiquer ensuite les injections sous-arachnoïdiennes ou cortico-cérébrales. A l'aide de quatre craniocentèses, deux postérieures et deux antérieures, on parvient à baigner thérapeutiquement toute la surface corticale cérébrale.

— MM. Achard et Leblanc rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*empoisonnement oxalique avec néphrite aiguë.*

Parmi les symptômes de l'empoisonnement oxalique, les troubles nerveux et digestifs tiennent habituellement la première place. Le cas de M. Achard diffère des autres observations d'intoxication oxalique qui ont été publiées par ce fait qu'au premier plan du tableau clinique se sont montrés des accidents de néphrite aiguë. Les troubles rénaux ont rappelé assez exactement ceux que l'on trouve dans la néphrite de l'intoxication par le sublimé. La maladie s'est terminée, ici, par la guérison.

— M. L. Sencert relate à la *Société obstétricale et gynécologique de Nancy* une observation d'*hémorrhagie grave avec mort apparente et guérison par la transfusion sanguine.*

La malade fut atteinte d'une hémorrhagie cataclysmique causée par la rupture d'une grossesse extra-utérine. M. Sencert la vit dans un état d'une gravité extrême, la figure cireuse, les muqueuses incolores, la respiration très superficielle, le pouls imperceptible : la mort paraissait imminente. L'auteur pratiqua la laparotomie et, l'hémostase faite, une injection de 1.000 gr. de sérum dans la veine médiane basilique. L'état de la malade ne s'étant pas modifié, on eut recours à la transfusion directe avec des moyens de fortune, à l'aide d'un petit tube de verre, analogue à un tube compte-gouttes, dont le diamètre intérieur était d'environ un millimètre et demi. La transfusion dura 20 minutes et son résultat fut un retour immédiat du pouls. La malade guérit.

— MM. Fabre et Bourret parlent à la *Société obstétricale et gynécologique de Lyon* des *phénomènes de shock après l'accouchement.*

Chez une de leurs malades, qui avait déjà présenté quelques signes de faiblesse cardiaque au cours du travail, des phénomènes de shock survinrent après un accouchement normal. Une heure après la sortie du placenta, la femme ressentit subitement un malaise avec angoisse, de la faiblesse du pouls et du refroidissement. On essaya, sans aucun résultat, les anti-syncopaux ordinaires. Se rappelant avoir obtenu un résultat favorable dans un cas analogue en faisant asseoir la malade, M. Bourret conseilla de substituer cette position à celle imposée jusque-là et qui consistait dans le décubitus dorsal la tête basse. Presque aussitôt, un mieux se fit sentir et ces troubles disparurent.

MM. Fabre et Bourret pensent qu'un certain nombre de ces phénomènes de shock observés après l'accouchement peuvent se rattacher à la fatigue du myocarde. Le fait que la position assise améliore mieux les accidents que la position horizontale semble bien prouver qu'il ne s'agit pas de phénomènes d'anémie bulbaire.

Dans quelques circonstances, ce shock obstétrical peut être grave et même se terminer par la mort (cas de M. S. Rémy).

— M. Audebert rapporte à la *Société obstétricale et gynécologique de Toulouse* un cas de *cholécystite gravidique.*

On connaît aujourd'hui l'extrême fréquence de la lithiase biliaire fruste ou avérée, chez la femme enceinte et pendant l'allaitement. On sait, en outre, combien sont communes, pendant la puerpéralité, les infections coli-bacillaires. Il semblerait, dans ces conditions, que la chocécystite, qui est la résultante de ces divers facteurs étiologiques, doive s'observer souvent dans l'état puerpéral. Il n'en est rien et le cas que signale M. Audebert, de cholécystite gravidique, constitue une rareté. Les faits de ce genre, publiés dans les périodiques, sont très peu nombreux.

— M. Guelpa fait à la *Société de médecine de Paris* une communication sur *la lutte sociale contre la tuberculose.*

Partant de cette donnée que la tuberculose est une maladie curable si elle est soignée dès le début, l'auteur conclut son étude par les propositions suivantes :

« 1° Les médecins, au lieu de se laisser guider par une fausse sensiblerie, doivent avertir sans retard les malades de la vraie nature de leur affection, de sa gravité, et des responsabilités qu'il encourt dans le cas où elle serait insuffisamment traitée ;

« 2° Les autorités ont le devoir, comme pour les aliénés dangereux, d'organiser des établissements spéciaux où seront internés les patients atteints de tuberculose ouverte ;

« 3° Les pouvoirs publics devront créer des maisons de cure à la campagne où pourront être dirigés immédiatement les tuberculeux, menacés ou déjà dans les premières périodes de la maladie ».

M. Lematte pense que les idées de M. Guelpa, qui peuvent paraître révolutionnaires aujourd'hui, deviendront classiques dans quelques années.

— M. le Dr Kolbé (de Châtel-Guyon) fait à la *Société de pathologie comparée* une intéressante communication relative au traitement du kyste hydatique par l'arsénobenzol (salvarsan et néo-salvarsan).

Après avoir montré tous les risques que fait courir l'échinococcose et rappelé qu'il existe une terminaison favorable, rare il est vrai, par résorption aseptique spontanée de la tumeur kystique, l'auteur ex-

posé que l'idéal serait d'arriver à provoquer par une méthode simple ce processus curateur, ou encore de détruire l'embryon hexacanthe avant la période kystique. Or, personne ne semble avoir songé jusqu'ici à utiliser l'action parasiticide de l'arsénobenzol, action qui a déjà fait ses preuves cependant dans les spirilloses, les trypanosomiases, la filariose et la trichinose. Il est donc logique d'escompter *a priori* les effets de cette action stérilisante contre les cestodes; le tænia échinocoque notamment.

Et ce n'est point là une simple vue de l'esprit, car deux cas observés par le Prof. Roux (de Lausanne) et que M. Kolbé a exposés en détails, semblent donner une confirmation précise de cette hypothèse. Dans ces deux cas, une semaine après une injection d'arsénobenzol, il y eut élévation de la température et issue, par incision, de liquide kystique trouble, légèrement suppuré et de vésicules à l'aspect nécrosé.

Le médecin semble donc autorisé désormais à employer systématiquement l'arsénobenzol dans les maladies parasitaires à larves kystiques, l'échinococcose en particulier qui représente un *péril national* pour certains pays, tels que l'Argentine et l'Australie.

Un gros inconvénient serait la *nécrose brusque des kystes*, à localisation imprécise, *suivie de suppuration* ; aussi faut-il s'attacher ardemment à perfectionner le diagnostic précoce de l'hydatose même avant sa période chirurgicale. Parmi les nouvelles méthodes de laboratoire qui pourront contribuer à ce résultat, il faut ranger la radiologie qui, bien qu'imparfaite, donne déjà aujourd'hui de très grandes facilités pour le diagnostic précoce du kyste hydatique du poumon et du foie.

On pourra, petit à petit, arriver à poser nettement les *indications absolues et relatives* de l'emploi de l'arsenobenzol, et pour les établir, il semble au Dr Kolbé qu'on pourrait avoir recours avantageusement à l'expérimentation sur des animaux domestiques, spontanément infectés par l'échinocoque, ou que l'on aura volontairement infectés. Il est possible que grâce à de tels essais, on parvienne à stériliser, au point de vue de l'échinococcose, le chien et le chat qui en sont, comme on sait, les agents de propagation les plus redoutables.

La communication de l'auteur a donc une valeur clinique en même temps qu'elle est d'ordre scientifique ; elle se propose avant tout, d'attirer l'attention sur l'emploi systématique quoique prudent du néosalvarsan dans l'échinococcose ; elle s'adresse aux expérimentateurs et aux cliniciens que la distribution géographique de la maladie met le mieux à même de travailler cette question.

— M. Dartigues fait à la *Soc. des chirurgiens de Paris*, une communication sur *un cas de grossesse consécutive à une castration annexielle unilatérale* et montre combien la chirurgie doit tendre à devenir de plus en plus conservatrice et physiologique. Dans ce domaine gynécologique, il fait ressortir l'importance et la possibilité plus fréquente qu'on ne le croit de cette chirurgie.

A l'appui de sa thèse, il rapporte le cas d'une jeune femme qui, dans une tentative de viol, avait eu une gonococcie aiguë avec bartholinite et des crises de péri-métro-salpingite successives. L'auteur fit à cette malade une laparotomie par laquelle il réséqua les annexes gauches, enleva les trois quarts de l'ovaire opposé et fit une salpingopexie, c'est-à-dire une suture du pavillon de la trompe sur ce restant d'ovaire, ensuite, il exécuta un redressement de l'utérus rétrofléchi par son procédé de ligament opexie-rétro-utérine transligamentaire, et termina par une appendicectomie.

Quelque temps après, la malade devenait enceinte, menait sa grossesse à terme et accouchait normalement.

C'est là un exemple curieux de fécondation et de grossesse chez une femme à qui il ne restait plus qu'un petit fragment d'ovaire.

Avec d'autres cas, il prouve bien que la chirurgie doit être autant que possible conservatrice. Il est bon qu'on soit prévenu de la possibilité de tels résultats pour ne pas sacrifier en entier des organes à la légère.

P. L.

CHIRURGIE PRATIQUE

La névrotomie du laryngé supérieur dans le traitement de la dysphagie par tuberculose ou par cancer du larynx.

Par le Dr André Chalier (de Lyon).
Chef de clinique chirurgicale.

Dans un intéressant article publié récemment dans le *Concours médical*, le Dr R. Houlié a passé en revue les nouveaux traitements de la tuberculose laryngée, en insistant surtout sur l'héliothérapie et sur les injections d'alcool. Il a notamment indiqué la simplicité de technique de cette dernière méthode et montré ses bons effets. Néanmoins, comme il le dit lui-même, la durée de l'analgésie n'est en moyenne que de 4 jours, et quelquefois la méthode échoue.

C'est précisément pour ces cas rebelles aux injections ou trop peu longtemps influencés par elles, que j'ai proposé, avec mon ami P. Bonnet, de sectionner et même de réséquer une partie du nerf laryngé supérieur, dans la région où il est le plus facilement accessible, c'est-à-dire dans la région thyro-hyoïdienne (1). Depuis notre pre-

(1) M. Houlié a eu, comme nous, la pensée qu'en cas d'échec de la méthode des injections analgésiantes, on serait autorisé à pratiquer la section du laryngé supérieur. Il a exposé cette idée dans une phrase d'un article paru dans le *Monde Médical* du 25 décembre 1911, et il nous reproche actuellement

mière publication, qui date du 12 février 1912, nous avons eu l'occasion de réaliser plusieurs fois cette opération sur des malades atteints de *dysphagie par tuberculose ou par cancer inopérable du larynx,* et nous avons pu ainsi apprécier non seulement les effets de cette méthode, bien supérieurs à ceux donnés par les injections, mais encore sa simplicité opératoire qui rend cette intervention anodine, utilisable par tous, sans nécessiter le secours ni d'aides particuliers, ni d'une anesthésie générale. C'est pour ces multiples raisons qu'il ne me paraît pas déplacé — comme addendum à l'article de M. Houlié — d'exposer brièvement ici la technique de cette névrotomie.

La *position* du malade est celle de la ligature de la carotide externe. L'opérateur se place du côté à opérer ; un aide est en face et refoule l'os hyoïde vers l'opérateur.

L'opération se pratique sous *anesthésie locale,* de préférence au moyen de la novocaïne-adrénaline, selon la méthode de M. Reclus.

Les 3 *points de repère principaux* sont : le bord antérieur du sterno-mastoïdien, en arrière ; le bord inférieur de l'os hyoïde, en haut ; le bord supérieur du cartilage thyroïde, en bas.

L'opération, méthodiquement conduite, comprend 4 temps :

1° *Incision des téguments superficiels* (peau, tissu cellulaire sous-cutané et peaucier avec ses deux lames conjonctives) : c'est une incision horizontale, à égale distance de l'hyoïde et du thyroïde, longue de 4 centim. environ, commençant à un centim. en avant du bord antérieur du sterno, et finissant à un centim. de la ligne médiane.

2° *Incision de l'aponévrose cervicale superficielle,* chargée sur une sonde cannelée : incision également horizontale, sur toute la longueur de l'incision cutanée. On aura soin, en avant, de rechercher le bord postérieur du petit muscle thyro-hyoïdien, qui constitue un point de repère important. De même, en arrière et en bas, l'index gauche découvrira facilement l'échancrure latérale du thyroïde, autre point de repère ; en se tenant en avant du plan vertical passant par cette échancrure, l'opérateur aura beaucoup de chances de ne pas intéresser le nerf laryngé externe.

d'avoir négligé de citer son nom à ce point de vue. Nous nous en excusons bien volontiers, mais non sans faire remarquer que, dans notre première communication à la Soc. de méd. de Lyon, le 12 février 1912, nous exposions une technique basée sur des recherches cadavériques anciennes de plusieurs mois, donc antérieures à son travail. D'ailleurs, contrairement à ce que nous avions cru quelque temps, nous n'avons pas eu plus que lui le mérite d'une « découverte » car, avant nous tous, mais par un procédé différent de celui que je vais exposer, Avellis et Blumenthal avaient déjà réalisé dans des cas semblables a section du laryngé supérieur.

3° *Recherche de la branche interne du laryngé,* C'est entre ces deux derniers points de repère, dans l'espace thyro-hyoïdien rétro-musculaire, que cette recherche doit être faite à la sonde cannelée. On se rappellera que le nerf, plus profond que les vaisseaux laryngés supérieurs, chemine, comme eux, au ras de la membrane thyro-hyoïdienne, mais sur un plan un peu supérieur, à peu près exactement à mi-hauteur entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, d'après nos recherches.

4° *Résection du nerf.* La branche interne découverte, on la charge au moyen d'une aiguille de Cooper sur un fil destiné à tendre le nerf sans le tirailler. On fait ainsi apparaître les ramifications divergentes du nerf à son entrée dans la membrane thyro-hyoïdienne, à 3 ou 4 millimètres environ en arrière du bord postérieur du muscle thyro-hyoïdien ; on aperçoit aussi, en arrière du fil, l'émergence du nerf laryngé externe qu'il importe de ménager. La résection doit porter uniquement sur la branche horizontale, entre son épanouissement terminal et l'origine de la branche descendante. On évitera, dans tous les cas, toutes les manœuvres capables de tirailler et d'irriter le bout central ; c'est aussi dans ce but qu'il sera prudent, avant de dénuder et de sectionner le nerf, de l'anesthésier au moyen d'un tampon imbibé de cocaïne et de novocaïne-adrénaline.

Suivant le siège des lésions et le degré de la dysphagie, on pratiquera, soit une résection *unilatérale,* soit une résection *bilatérale* ; celle-ci, à son tour, pourra être effectuée soit dans la même séance, soit en deux temps, séparés par un intervalle variable.

Telle est la technique de cette opération très simple, très méthodique, complètement indolore sous anesthésie locale, et certainement mieux réglée et plus efficace que la méthode des injections.

Petite correspondance de médecine pratique

Un mot sur la lèpre. Hérédité ou contagion.

Les dermatologistes nous paraissent fort divisés, en ce moment sur la question, en vérité importante, de la contagion de la lèpre. Ce n'est pas un petit praticien, comme moi, qui peut avoir l'audacieuse prétention de les départager ou de les mettre d'accord... Qu'il me soit permis cependant d'apporter, à la tribune hospitalière du *Concours médical,* ma modeste contribution à la solution de ce débat !

Malgré les cris d'alarme poussés de divers

côtés, et peut-être un peu exagérément à mon avis, surtout dans la presse extra-médicale, les foyers lépreux, actuellement révélés en France, sont en réalité peu nombreux et très restreints. Je dis qu'ils sont restreints, isolés, et je crois bien que nul ne le conteste ; l'on pourrait ajouter qu'ils *demeurent* restreints depuis de longues années déjà, qu'ils ne s'étendent pas. Si je ne craignais pas d'attirer sur ma tête les foudres convergentes des contagionnistes, j'oserais même aller plus loin, et rassurer tout à fait mes compatriotes si lugubrement épouvantés par la menace de la défiguration léonine, réconforter mes contemporains contre ce retour des terreurs médiévales, en leur annonçant la bonne nouvelle que ces foyers de lèpre ne s'étendront pas davantage dans l'avenir...

J'ai étudié cette affection d'assez près et assez longtemps pour avoir pu la connaître, pour en apprécier les modalités très diverses au point de vue morphologique, et je n'ai nullement l'intention de reprendre ici la description de ces modalités, après tant d'autres, — dont quelques-uns ne les avaient jamais vues qu'en dessins, à ce que je me suis laissé assurer... — A l'époque déjà lointaine où j'étais médecin de l'Hôpital Français de Jérusalem, je me rendais souvent à l'hospice des lépreux de cette ville. J'ai visité surtout, assidûment, la colonie, parfaitement organisée et hiérarchisée sous l'autorité de son cheik, des lépreux de Siloë, établie ou plutôt campée à distance des murailles de la ville sainte. J'ai vu là une variété de cas aussi complète que possible, et c'est avec le plus vif intérêt que j'allais leur porter mes soins, et ceux des sœurs si dévouées de l'Hôpital Français qui m'accompagnaient, jusqu'à leur campement, à travers les pierres du Cédron desséché et les innombrables tombeaux de la vallée de Josaphat. L'ascendant moral que nous avions acquis sur ces malades m'avait permis d'obtenir de leur cheik, à la suite de longues et pénibles négociations, la faveur insigne de les photographier en groupe et séparément avec leurs plaies découvertes, non sans lui avoir fait le serment, que j'ai rigoureusement tenu, de ne jamais montrer ces épreuves à leurs coreligionnaires musulmans, à cause de la rigueur des lois du Coran. Ces photographies furent communiquées plus tard, avec mes observations, à la Société de médecine de Lyon, par mon éminent et regretté maître le professeur Lortet.

Or, ce qui m'a le plus vivement frappé dans l'étude des sujets de cette tribu lépreuse, intéressante entre toutes, c'est le caractère d'hérédité de la lèpre. Le sujet le plus gravement atteint de la colonie, une pauvre femme de 45 ans qui était réduite à l'immobilité absolue par la destruction atrophique presque totale des membres inférieurs (l'articulation du genou droit, en particulier, représentait exactement une pièce anatomique desséchée), avait engendré deux garçons absolument sains en apparence. L'aîné, à 20 ans, était le plus beau et le plus fort de tous les portefaix de Jérusalem : je dis *le plus beau et le plus intact* sur la surface entière de son corps. Sa puissante musculature faisait de lui un véritable athlète. Eh bien ! j'ai vu ce jeune homme superbe se décomposer vivant, en quelque sorte, sous mes yeux. En quelques mois, la marche foudroyante de l'affection avait déjà produit l'atrophie de ses avant-bras ; et lorsque je quittai la Palestine, sa face grossie et défigurée révélait à tous la tare irrémédiable et fatale de son hérédité. J'ai appris, depuis, que son jeune frère s'est comporté identiquement de la même façon. Celui-là, je l'avais vu seulement intact et vigoureux ; ils sont maintenant tous les deux des lépreux complets....

En vérité, en présence d'observations semblables (je n'ai voulu rapporter ici que celle de la famille la plus typique, mais cette éclosion tardive était la règle), faut-il continuer à nier l'hérédité de la lèpre, pour arriver à conclure à sa contagiosité ? — Le propre de l'hérédité n'est-il pas précisément de pouvoir se révéler ainsi tardivement et d'emblée à l'âge adulte, et par contre, comment la contagion attendrait-elle cet âge sur des sujets aussi évidemment prédisposés ? N'y a-t-il pas là, semble-t-il, un caractère nosologique spécial, absolument différent de celui de la syphilis, par exemple ?

Et, par contre, la lèpre ne se rapproche-t-elle pas, *sur ce point*, de la tuberculose ? — Si l'on voulait aller plus loin (trop loin peut être !), ne pourrait-on pas rappeler les cas si nombreux et si remarquables, que nous avons tous vus, de non-contagion conjugale de la tuberculose à la suite de cohabitations indéfinies, — et, par contre, les cas non moins nombreux d'alcooliques atteints d'emblée de tuberculose pulmonaire à marche rapide à 35, 40 et 45 ans, quoique vivant au sein des familles les moins bacillaires, et dans les habitations les plus saines et les plus ensoleillées ?...

Je ne veux pas pousser plus loin ces réflexions si troublantes, au regard des idées et des théories conventionnelles sous le régime desquelles nous nous inclinons faute de mieux, et en attendant leurs preuves certaines. Je les livre tout simplement avec mes observations « de visu », sur la lèpre, aux méditations des praticiens, car c'est aux praticiens seuls que je m'adresse, et c'est à eux seulement que je propose d'en tirer des conclusions ... Je me défends d'ailleurs énergiquement de ne pas croire à toutes les contagions que l'on voudra : ce sont là dogmes intangibles et tabous, que je ne me risquerais pas, moi chétif, à effleurer même du doute le plus léger et le plus innocent. Il reste bien entendu qu'en notre vingtième siècle si éminemment scolastique, le scepticisme ne saurait franchir le seuil sacré des

laboratoires scientifiques. Je demande seulement la permission d'affirmer, et non moins énergiquement, que je n'ai éprouvé, pendant toute la durée de mon séjour en Orient, la moindre crainte de me contagionner ou de contagionner mes proches, lorsque j'allais passer des après-midi entiers auprès de mes bons amis des lépreux de Siloë, sous le ciel radieux de la Palestine, en vue de la montagne de Sion empourprée par les rayons du couchant. En toute conscience,je me contentais en les quittant de laver simplement et bibliquement mes mains souillées dans les eaux pures de la célèbre Fontaine voisine, sans aucun renfort de savon, de brosse, d'alcool ni de teinture d'iode...

Je pense qu'à l'époque où nous sommes, si grave au point de vue des préoccupations d'une hygiène publique sérieuse, il ne faut pas consentir à se laisser distraire, à chaque instant, par d'incessantes terreurs de contaminations exotiques, de la voie rigide et salutaire qui doit nous conduire à l'extermination de l'alcool-poison et du taudis meurtrier. Il me semble que ces deux fléaux constituent à eux seuls tout le danger pressant, contre lequel il faudrait concentrer toutes nos forces, au lieu de les éparpiller sans cesse à la recherche de prophylaxies nouvelles. Ce sont eux, en effet, *qui créent véritablement et de toutes pièces*, la tuberculose, la dégénérescence, le vice et le crime, toutes ces lèpres physiques, morales et sociales, autrement répugnantes et contagieuses, autrement redoutables en un mot que la pauvre et antique lèpre d'Orient !

Dr La Bonnardière.
(Les Arcs)

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique toni-cardiaque

La caféine et l'huile camphrée sont à bon droit considérées comme d'excellents agents pour remédier aux défaillances cardiaques, régulariser le pouls, augmenter l'énergie des contractions du cœur. Cependant, malgré tous les bienfaits dont ces médicaments se montrent capables, ils sont loin de résumer à eux seuls la thérapeutique toni-cardiaque d'urgence : il est, en effet, des cas où leur activité demeure insuffisante, il en est d'autres où leur emploi trouve une contre-indication formelle. C'est ainsi, par exemple, que les injections d'huile camphrée sont à rejeter dans les états d'hypertension ou en présence d'hémoptysies. De même, chez les convalescents de fièvres graves, la caféine, au lieu de relever le cœur, risque de provoquer une arythmie extrêmement prononcée. Assez souvent aussi, notamment chez les neurasthéniques et les vieillards, elle amène de l'intolérance, détermine des phénomènes d'excitation cérébrale pouvant aller jusqu'au délire.

Il est donc précieux, en bien des circonstances, de pouvoir disposer d'une autre médication ayant même action stimulante et mêmes effets régulateurs, tout en demeurant inoffensive. Or, il résulte de maintes expérimentations récentes que le Gomenol, déjà réputé comme un puissant antiseptique, vient excellemment satisfaire à ce desideratum. Administré en injections intramusculaires d'oléo-Gomenol à 20 % ou à 33 %, il relève l'hypotonie générale, renforce la systole, détermine une stimulation de tout l'organisme.

Particulièrement probantes à cet égard ont été les expérimentations faites à la maison municipale de santé chez les typhiques en état d'adynamie. Pour donner plus de force à l'impulsion du cœur et en régulariser les battements, les injections intra-musculaires d'oléo-Gomenol à 20 % se sont montrées tout aussi actives que les injections d'huile camphrée.Elles leur sont même supérieures par leur action moins brusque, plus prolongée et dénuée de tout effet secondaire fâcheux.

Elles sont également de beaucoup préférables, chez ces malades, aux injections de caféine qui, outre qu'elles déterminent parfois des vomissements, stimulent de façon trop vive la fibre cardiaque. « Sous leur influence, constate M. le professeur Deléarde, le cœur s'affole. » Au contraire, les injections d'oléo-Gomenol ont pour caractéristique d'exercer « une action douce, régulière dans ses effets, modérée, par suite facilement dosable (Tribes). »

Dans la pneumonie, les propriétés toni-cardiaques du Gomenol se manifestent avec la même netteté, témoin les deux observations suivantes, dues à M. le Dr Kresser :

Obs. I. — E. H., dix-neuf ans : *Pneumonie double lobaire fibrineuse*, à forme prolongée (trois semaines), hyperthermique.

Menaces de collapsus cardiaque depuis le dixième jour jusqu'à la défervescence.

Les injections intra-musculaires de 5 centimètres cubes d'oléo-Gomenol à 33 %, pratiquées matin et soir pendant huit jours, ont réussi à relever le pouls, qui constamment retombait de 160 à 120 et 100 pulsations.

Quatre fois seulement, à la suite de brusques menaces de syncope, on leur a adjoint une injection de 0,20 de caféine.

Obs. II. — A. T., cinquante-huit ans : *Pneumonie lobaire fibrineuse aiguë de la base gauche.* Alcoolisme.Menace de collapsus cardiaque malgré l'emploi de la potion de Tood.

Des injections sous-cutanées d'huile camphrée (1 centimètre cube au 1/10) sont d'abord pratiquées. En présence de la nécessité de les re-

nouveler trois ou quatre fois par jour, pour obtenir un relèvement durable du pouls, et de l'excitation nerveuse exagérée produite par les injections de caféine qu'on leur substitue, on a recours à des injections intra-musculaires d'oléogomenol à 33 % bi-quotidiennes.

Au bout de quarante-huit heures, relèvement manifeste du pouls qui ne fléchit plus entre les deux injections.

Celles-ci sont continuées trois jours, jusqu'à la défervescence. On persiste par prudence à en faire une tous les matins pendant quatre jours. Guérison.

D'action plus durable que l'huile camphrée et moins brutale que la caféine, l'oléo-Gomenol possède encore l'avantage d'une complète innocuité.

Mais il y a mieux : d'un travail comparatif sur le *modus agendi* de ces trois médicaments, il ressort que le camphre et la caféine ne déterminent qu'une « amélioration de surface », alors que le Gomenol, en raison de ses propriétés puissamment antiseptiques et antitoxiques, se trouve directement agir sur le processus infectieux et exercer sur tout l'organisme une stimulation plus profonde. De là sorte, il réalise, dans les divers états d'adynamie, une médication à la fois symptomatique et causale.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Hémorrhagie cérébrale et apoplexie progressive. — Des pansements kératogéniques actuels. — Dermatoses prurigineuses. — L'évacuation des épanchements pleuraux et l'insufflation simultanée d'un gaz dans la plèvre.

Hémorragie cérébrale et apoplexie progressive

MM. Baumel et Lapeyre, de Montpellier, relatent, dans la *Province médicale* l'histoire d'un malade hémiplégique total gauche, amené à l'hôpital en pleine connaissance, chez lequel ils ont pu cependant faire le diagnostic d'hémorragie cérébrale, malgré l'absence d'apoplexie. Au bout de six jours, ce malade mourait, après avoir présenté un coma terminal, avec Cheyne-Stockes, tachypnée, stertor, etc. Les ponctions lombaires, faites à trois reprises, avaient donné issue à un liquide riche en globules rouges.

L'autopsie confirma le diagnostic porté, et révéla, dans l'hémisphère droit, un foyer hémorragique ayant fusé jusque dans le ventricule latéral. L'épanchement se serait fait primitivement au niveau de la partie externe du noyau lenticulaire, entre ce dernier et la capsule externe. D'après les auteurs anglais qui ont étudié cette forme d'hémorragie, l'apoplexie progressive serait toujours conditionnée par la localisation précédente.

Des pansements kératogéniques actuels

M. Rozies passe en revue, dans la *Province médicale,* les différents pansements que le praticien peut employer pour hâter la cicatrisation des plaies, lorsque celles-ci surtout sont atones.

De ces pansements, les uns utilisent les agents chimiques, les autres, les agents physiques. Parmi les premiers, il cite la teinture d'iode, prescrite, non seulement en badigeonnage de la plaie proprement dite, mais surtout en badigeonnage périphérique. L'enfumage iodé, obtenu en flambant une houpette de coton imprégnée d'iodoforme, et en exposant la plaie à l'action des vapeurs ainsi produites, serait supérieur à la teinture d'iode, en raison de l'absence de l'alcool, qui n'est pas sans inconvénients, de la diffusion plus grande des vapeurs thérapeutiques, de l'état naissant de l'iode. L'acide picrique en solution à 6/1000 est également recommandable, soit seul, soit associé au sulfate de cuivre. Le baume du Pérou, faible antiseptique, est un excellent excitant de la leucocytose. Il s'applique en pommade, associé au nitrate d'argent ou à l'acide picrique. Le gomenol et le néol influencent heureusement les plaies, brûlures, ulcères, fistules, etc., soumises à leur action. Le pansement sucré (sucre en poudre) revient à la mode dans les mains de Magnus, de Marburg. Les colloïdes métalliques, l'électrargol, ont leurs partisans.

Les moyens physiques sont : l'exposition à l'air, la photothérapie, l'héliothérapie et l'aérodermothérapie, ou douche d'air chaud.

Ces différents moyens sont utiles à connaître, en ce qu'ils arment amplement le praticien qui se trouve en présence de vieilles suppurations, provenant de plaies atones, sans tendance à la guérison.

Dermatoses prurigineuses.

M. Gougerot expose, dans une leçon publiée par *La Clinique* le traitement des dermatites prurigineuses, qui est le même, qu'elle qu'en soit la variété.

Ces dermatites se décomposent en groupes : les dermatoses parasitaires : gale, pédiculose, phtiriase ; les dermatoses associées : pemphigus, eczéma, mycosis fongoïde, etc. ; les lichens ; les urticaires ; les prurigos artificiels, produits par le grattage ; enfin, les prurits *sine materia,* sans lésions cutanées.

Dans la description rapide faite par l'auteur, il faut retenir surtout le diagnostic entre la papule de lichen et la syphilide papuleuse lichénoïde, et qui repose sur l'absence de prurit dans le cas de lésion spécifique.

Le traitement est général et local.

Le traitement général comprend d'abord le régime alimentaire, qui doit être lacto-végétarien, sans œufs.

Si les digestions sont lentes et difficiles, on

prescrira le bicarbonate de soude ou les eupeptiques, pepsine, pancréatine. On veillera au fonctionnement de l'intestin à l'aide de laxatifs appropriés. On favorisera la diurèse, en faisant absorber à jeun de grandes quantités de liquide, infusion de queues de cerise, solution de lactose, etc. On prescrira également l'opothérapie qui semblera justifiée par l'insuffisance de fonctionnement des glandes endocrines. Pour calmer l'excitation nerveuse des malades, on éloignera d'eux toute cause de préoccupation, de soucis, en les soustrayant à leur milieu habituel. L'hydrothérapie sédative, grands bains tièdes ou frais de 10 à 15 minutes, douches tièdes, demi-bains tièdes, — est à recommander. Parmi les médicaments dits nervins, il n'en est qu'un seul utilisable, c'est l'extrait de guaco (nisaméline). Les toniques, huile de foie de morue, arsenic, remontent l'état général des déprimés. Les cures hydrominérales sont très indiquées.

Le traitement local sera très varié, en raison de la durée et de la chronicité de ces affections. Les grands bains réussissent aux uns, sont mal supportés par les autres : on tâtera la susceptibilité des sujets. Sont recommandables : les bains d'amidon (1 à 2 kil.), les bains de gélatine (300 gr.), les bains d'huile de foie de morue (1/2 à 1 litre) émulsionnée dans l'eau avec un jaune d'œuf ou de la teinture de quillaya) très efficaces.

On conseillera des lotions avec du vinaigre ordinaire ou de toilette, avec une décoction de feuilles de coca ou de têtes de pavot (prurit anal ou vulvaire).

Les poudrages au talc ou à l'amidon sont de prescription courante, purs ou associés au camphre, au gaiacol, au menthol. De même, les pommades occlusives telles que : huile d'amandes douces et oxyde de zinc : 30 gr. de chaque, auxquels on ajoutera éventuellement menthol, gaïacol, camphre. Le glycérolé aux trois acides se formule ainsi :

Glycérolé d'amidon	90 gr.
Acide tartrique	3 gr.
Acide phénique	2 gr.
Acide salicylique	1 gr.

Les emplâtres adhésifs, les vernis solubles, déposent sur la peau les principes médicamenteux qu'ils renferment. Les colles s'emploient fondues à la chaleur et déposées sur la peau avec un pinceau. Dès qu'elles commencent à sécher, on les fouette avec de l'ouate, dont les brindilles sont retenues sur les téguments. Voici une formule de colle :

Eau bouillie	ãã 300 gr.
Glycérine	
Gélatine	150 gr.
Grénétine	ãã 100 gr.
Oxyde de zinc	
Gomme arabique	5 gr.
Phénosalyl (pour éviter les moisissures)	1 gr.

L'emplâtre d'huile de foie de morue, quelque répugnant qu'il soit, a des effets souvent héroïques. Dans les prurits anaux et vulvaires, on badigeonnera la région une fois par semaine, dans les moindres recoins, avec une solution d'argent à 1/10 et on appliquera ensuite, dans les mêmes conditions, une pommade à l'oxyde de zinc, etc.

Nous ajouterons que contre les prurits vulvaires et anaux, nous avons vu parfaitement réussir l'effluve électrique de la machine statique.

L'évacuation des épanchements pleuraux et l'insufflation simultanée d'un gaz dans la plèvre.

On connaît la méthode de Forlanini, ou pneumothorax artificiel, appliquée au traitement de la tuberculose. Et nous rappelions récemment à ce sujet le rapport de notre bon confrère Hervé, de La Motte-Beuvron, au Congrès international de la tuberculose.

M. Duballen, d'Angicourt, expose, dans le *Bulletin médical*, la technique qu'il emploie pour appliquer cette méthode au traitement des pleurésies avec épanchement.

L'appareil est disposé de telle sorte qu'il permet l'évacuation du liquide pleural, et simultanément l'insufflation du gaz choisi, tout en connaissant à toute minute la quantité de liquide aspirée et de gaz insufflée.

Le gaz choisi peut être l'oxygène, de résorption rapide, l'azote, qui se résorbe plus lentement, ou l'air, employé à défaut de l'un des deux autres, et qui possède les avantages et les inconvénients de ceux-ci.

L'asepsie la plus minutieuse est recommandée pour cette opération. D'autre part, sauf indication formelle, on attendra pour la pratiquer que l'épanchement soit stationnaire. Le malade est placé commodément, de manière à pouvoir se déplacer vers l'opérateur, afin de lui permettre d'évacuer complètement la plèvre malade.

On commence par aspirer 100 à 150 cc. de liquide, puis, on insuffle 150 à 200 cc. de gaz. On reprend ensuite l'aspiration liquide dans les mêmes proportions ainsi que l'insufflation gazeuse. L'arrivée de bulles gazeuses dans le tuyau et l'index d'inspiration indique qu'il ne reste plus que des quantités insignifiantes de liquide.

L'auteur n'a jamais observé, au cours des thoracentèses pratiquées avec cette technique, le moindre symptôme de gêne, ni angoisse, ni toux pleurale.

Dans les vieilles pleurésies où la cavité s'est transformée en un sac clos à parois rigides, il faut insuffler une quantité de gaz suffisante pour faire équilibre et empêcher le poumon de reprendre même partiellement, son expansion. Dans les pleurésies récentes, au contraire, on se contente d'insuffler une quantité d'oxygène dont la pression intra-pleurale soit faiblement positive, de manière à ce que le gaz se résorbe spontanément, au fur et à mesure que le poumon se déplissera et reprendra son volume primitif et normal.

Du reste, il est toujours possible d'aspirer une certaine partie du gaz insufflé, si l'on constatait de la surpression intra-pleurale, par suite de la reproduction rapide de l'épanchement

CORRESPONDANCE

Les projets des compagnies d'assurances.

Si ce renseignement peut vous être utile, je vous le livre tout frais. Voyageant récemment, avec un monsieur de la région, c'est-à-dire dans le même compartiment — un gros bonnet, à la tête d'entreprises industrielles, et d'une compagnie d'assurances, député, etc., — j'ai entendu ce qui suit en fumant une pipe dans le couloir.

Il est presque décidé avec le gouvernement de ne pas toucher au tarif Dubief ; de plus, la commission, qui n'est composée que d'assureurs ou d'hommes ayant un intérêt dans les compagnies, abandonnerait toute révision du tarif Dubief, mais comme ce sont les assurances qui paient et que *tous* les médecins (*sic*) exploitent les compagnies, on fera voter une loi, disant que les assurances seront libres de choisir leurs médecins, et que le libre choix sera non pas aboli, mais limité aux médecins choisis par les compagnies, avec l'agrément de la préfecture, que les ouvriers ne pourront prendre un autre médecin qu'en cas d'urgence et seulement pour une visite, la visite d'urgence. Ce monsieur *a lu* à l'autre que je ne connais pas, le projet tout fait ; beaucoup de détails m'ont échappé, mais voilà en bloc le projet déjà tout préparé. Ils ont insisté beaucoup sur ce point qu'on ne toucherait pas au tarif Dubief, ce qui soulèverait trop de difficultés chez les *syndicats noirs* (c'est nous), et de cette façon les compagnies pourraient *imposer* le forfait qui devrait être fait pour une certaine catégorie de cas : tant pour un bras cassé, tant pour une lésion à la main, tant pour côtes cassées. On a cité plusieurs fois le nom de Petitjean.

Réponse.

Nous connaissons les projets de ces Messieurs et le fait particulier que vous nous signalez ne fait que confirmer des données générales dont nous sommes parfaitement informés.

Laissons faire, sans nous émouvoir outre mesure. Le corps médical est sur ses gardes. Les syndicats veillent et le dernier mot restera, nous en sommes convaincus, au bon droit que nous représentons.

Quintessence de la roublardise d'une Commission administrative hospitalière.

A F..., il y a un hôpital ; 2 médecins peuvent y entrer, les 5 autres ont défense d'y pénétrer. Les 2 titulaires sont beaux-frères. L'un marie sa fille à un jeune médecin ; naturellement le beau-père demande à l'administration que son gendre soit nommé adjoint à l'hôpital. Les 5 autres médecins envoient une lettre polie au maire, dans laquelle ils protestent, en disant qu'ordinairement cette place se donnait à l'ancienneté d'établissement, et non au plus jeune, ni au dernier venu. Colère du maire autocrate, qui répond qu'il fera un concours.

Le concours est enfin annoncé après 18 mois d'attente et porte cette clause : *sont admis à concourir tous les médecins âgés de moins de* 35 *ans*, — et comme nous avions tous passé 35 ans,... la muscade fut facile à passer.

Qui faut-il plaindre le plus ?

Le jeune et les 2 vieux qui se sont abaissés à accepter une pareille situation, ou bien le maire et son administration qui se sont laissé aller à une pareille cochonnerie (disons le mot)?

Dr A.

Remplaçants et remplacements.

Le Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles a adressé à ses adhérents la lettre suivante :

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint la copie d'une lettre adressée par M. le Préfet de Seine-et-Oise au président de notre syndicat. Je vous engage à la lire attentivement, car, en contrevenant désormais aux dispositions de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine qui y sont rappelées, vous exposeriez votre remplaçant à des poursuites judiciaires qui pourraient avoir un retentissement désagréable dans votre clientèle.

Versailles, le 12 décembre 1913.

Monsieur le Président du Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles,

Aux termes de l'article 6 de la loi du 30 décembre 1892 sur l'exercice de la médecine, « les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçants de docteurs en médecine. Cette autorisation, délivrée par le Préfet du département, est limitée à trois mois. »

Or, bien que le nombre des médecins exerçant dans le département soit supérieur à 400, il n'a été délivré en 1912 que neuf autorisations permettant à des médecins de se faire remplacer par des étudiants. Il est évident que le nombre des étudiants ayant remplacé des médecins, surtout pendant la période des vacances, est de beaucoup supérieur à ce chiffre.

La plupart de ces remplacements sont donc faits en violation de la loi, d'autant plus qu'il résulte des renseignements recueillis que dans maintes circonstances, des remplacements ont été faits par des étudiants n'ayant que quelques inscriptions, c'est-à-dire possédant des connaissances complètement insuffisantes pour leur permettre de remplir le rôle qui leur est confié un peu légèrement par certains médecins traitants.

Dans l'intérêt du corps médical lui-même, dont la majorité, consciente de ses devoirs professionnels, ne saurait approuver de pareils errements, l'Administration est décidée à tenir désormais strictement la main à l'application de la loi.

Tout étudiant, même muni des inscriptions réglementaires, qui remplacera un médecin sans avoir au préalable obtenu l'autorisation préfectorale prévue par la loi sera déféré immédiatement au parquet.

Cette règle ne comportera aucune exception et la prétendue bonne foi du délinquant ne saurait faire obstacle aux poursuites.

Je vous serais obligé, Monsieur le Président, de vouloir bien informer les médecins adhérents à votre syndicat des dispositions de la présente circulaire en leur rappelant que les demandes en autorisation de remplacement doivent parvenir à la Préfecture assez à temps pour que l'autorisation puisse intervenir avant que l'étudiant ait commencé à exercer aux lieu et place du médecin qu'il remplace.

Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Le Préfet de Seine-et-Oise,
Signé : AUTRAND.

Les obligations des propharmaciens.

La Préfecture du Morbihan m'adresse la circulaire suivante, ainsi sans doute qu'aux autres médecins faisant de la pharmacie dans le département :

Aux termes de l'article 1er de l'ordonnance du 29 octobre 1846, toute personne voulant tenir commerce d'une ou plusieurs substances toxiques, doit en faire préalablement la déclaration devant le maire de la commune, en indiquant le lieu où est situé son établissement.

J'ai l'honneur de vous prier, Monsieur, de vouloir bien vous conformer à cette disposition qui, d'après les renseignements qui m'ont été fournis, ne serait pas toujours observée dans le département. »

Je n'ai jamais fait de déclaration et fais de la propharmacie depuis bientôt 12 ans.

L'Agenda-Memento du Concours 1914, page 34, dit d'ailleurs que « le propharmacien n'est tenu à faire aucune déclaration préalable à l'exercice de la pharmacie. »

Le décret de 1846 parle d'établissements de chimistes, fabricants ou manufacturiers et tout cela ne m'a pas l'air de s'appliquer à la propharmacie. Si la Préfecture s'avise aussi de faire respecter l'art. 3 de la même ordonnance,il faudra donc tenir un livre spécial coté et paraphé par le maire ou le commissaire pour tout achat ou vente du moindre médicament. L'article 2 de la même ordonnance fait d'ailleurs une distinction qui semble en éliminer les pharmaciens eux-mêmes : alors ?

Je n'ai nulle envie de me mettre en conflit avec la Préfecture, mais cependant, si le propharmacien ne doit aucune déclaration ? Je ne puis pas non plus déclarer que je suis fabricant de toxiques, manufacturier, etc...

Où la Préfecture veut-elle en venir et quel peut être le but et le résultat d'une telle circulaire suivie de déclaration de la part du médecin ?

Dr R...,
Membre du « Sou. »

Réponse.

Je n'ai trouvé ni à l'*Officiel*, ni au *Bulletin* du Ministère de l'Agriculture la circulaire ministérielle du 25 juin 1895, citée dans le *Paris Médical* du 27 décembre 1913, au cours de l'article sur les « médecins propharmaciens », du Dr F. M. Grangée, et aux termes de laquelle l'ordonnance du 29 octobre 1846, réglementant la vente des substances vénéneuses, devrait, en ce qui concerne la formalité de l'apposition de l'étiquette rouge-orange sur les flacons, récipients, ou paquets renfermant les toxiques, « être imposée aux médecins des communes rurales qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des médicaments. »

La question posée par le Dr R., au sujet de la circulaire du Préfet du Morbihan, ne me paraît pas avoir été examinée par aucun auteur et, si l'on s'en rapporte au texte même de l'ordonnance de 1846, on serait tenté de conclure ou que les médecins autorisés à faire de la pharmacie à défaut de pharmacien dans la localité, par l'art. 27 de la loi de Germinal, ne peuvent pas détenir pour l'usage de leur clientèle des substances toxiques (art. 5 de l'ordonnance; voir Weill. «De l'exercice illégal de médecine et de la pharmacie», no 162, p. 320). « Les termes de cet article, dit cet auteur, qui consacre le monopole du pharmacien, excluent le docteur ou l'officier de santé » — ou que l'ordonnance de 1846 ne réglemente la vente des substances vénéneuses, pour l'usage de la médecine, qu'à l'égard de ceux qui en font le commerce, l'art. 11 ne visant que « les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens. » Or, le médecin qui détient des substances toxiques pour les délivrer à ceux de ses clients auxquels il les prescrit par ordonnance, ne fait pas le commerce des médicaments, comme le pharmacien. Alors que ce dernier est réputé commerçant, le médecin, qui ne vend pas de médicaments au public, mais qui, accessoirement à l'exercice de sa profession, est autorisé exceptionnellement à fournir des remèdes à ses clients, ne fait pas acte de commerce et n'est pas commerçant (Simon Auteroche. « Manuel pratique de Droit médical », p. 152 et jurisprudence citée).

Cependant, non sans surprise, je découvre un arrêt de la Ch. crim. de la Cour de cassation du 25 novembre 1909 (Sirey, 1911. 1.90) aux termes duquel il a été implicitement jugé que les médecins propharmaciens étaient assujettis, lorsqu'ils détiennent des substances toxiques, à l'observation de certaines des prescriptions de l'ordonnance de 1846. Il n'apparaît pas d'ailleurs de l'arrêt que le médecin pousuivi ait contesté l'applicabilité de l'ordonnance, et c'est grand dommage, car la question aurait été tranchée une fois pour toutes.

Dans cette affaire, l'applicabilité de l'ordonnance étant admise par le prévenu, la Cour s'est bornée à rechercher si l'infraction à l'ordonnance découlait suffisamment des constatations de l'arrêt entrepris. Un médecin propharmacien tenait bien les substances toxiques qu'il possé-



dait dans une armoire spéciale fermée à clé, mais la prévention avait établi que la clé avait été vue sur la serrure et prétendait trouver dans cette circonstance une infraction à l'ordonnance. Le médecin plaidait que ce fait était tout accidentel et avait été motivé par les besoins du service. La Cour d'Appel avait acquitté le médecin ; mais son arrêt fut cassé pour défaut de motifs ou insuffisance de précision dans les motifs de la relaxe.

Cet arrêt n'est donc pas décisif en ce qui touche la question d'applicabilité de l'ordonnance de 1846 aux médecins propharmaciens. Quant à la circulaire du Ministre, elle n'aurait que la valeur d'une interprétation de la loi, qui n'a rien d'obligatoire pour les tribunaux.

A mon avis, si les médecins doivent, dans un intérêt de sécurité publique, observer les prescriptions de l'ordonnance de 1846 en tenant leurs médicaments toxiques dans une armoire fermée à clé, et en faisant usage de l'étiquette rouge-orange, l'exigence d'une déclaration à la mairie ne me paraît pas fondée. En effet, l'art. 1er qui exige cette déclaration, est placé sous le titre : « Du *commerce* des substances vénéneuses » et débute par ces mots : « Quiconque voudra *faire le commerce* d'une ou de plusieurs substances comprises dans le tableau annexé ... » Donc, l'obligation de la déclaration ne vise que le commerce des substances toxiques. Quant à la déclaration de l'art. 1er, il est de jurisprudence qu'elle ne s'applique pas au pharmacien (Dijon, 1er août 1887 : Sirey, 1888, 2, 61 et la note).

Pourquoi serait-elle obligatoire pour les médecins propharmaciens, qui, par l'effet de l'art. 27 de la loi de Germinal, exercent partiellement l'art pharmaceutique ?

Mais, chose singulière, l'arrêt de Dijon ci-dessus relaté, qui n'applique pas l'obligation de l'art. 1er relative à la déclaration, aux pharmaciens, lesquels sont d'ailleurs l'objet d'une réglementation spéciale, dans le titre II de l'ordonnance, leur impose cependant l'obligation édictée par l'art. 3 d'inscrire, sur un registre spécial coté et paraphé par le maire ou le commissaire de police, les achats par eux faits de substances vénéneuses.

Faudra-t-il donc que les médecins propharmaciens se voient imposer la même exigence ?

De même, si on les considère comme des pharmaciens, sont-ils tenus, comme eux, de transcrire leurs prescriptions, avec énonciation en toutes lettres des doses prescrites, sur le registre spécial servant à la fois aux déclarations d'achat et à la transcription des ordonnances ?

Ce sont là des questions non résolues et dans lesquelles l'arbitraire peut se donner libre carrière.

G. GATINEAU,
Avocat à la Cour de Paris,
Conseil du « Sou Médical ».

La privation du droit d'exercer la médecine

L'article 25 de la loi du 30 novembre 1892 prévoit la suspension temporaire ou définitive du droit d'exercer la médecine comme peine accessoire à certaines condamnations infamantes. J'avoue que cette disposition légale m'a toujours rendu rêveur.

Evidemment le législateur s'est inspiré des dispositions qui sont applicables aux avocats que la loi et même le Conseil de l'ordre peuvent priver du droit d'exercer leur profession — et pourtant, le cas est loin d'être le même. Ici la condamnation peut avoir son effet réel puisque le tribunal, seul lieu où la profession de l'avocat peut s'exercer, peut lui interdire la parole — encore qu'il lui soit impossible de l'empêcher de donner des consultations. Mais pour le médecin, il n'en est pas de même.

La Société est incapable d'empêcher l'exercice illégal de la médecine ; non seulement elle ne peut, mais elle ne veut pas l'empêcher, nous en avons la preuve tous les jours ; — comment pourrait-elle empêcher d'exercer cet illégal spécial qu'est le médecin privé du droit d'exercer ? Il faudrait vraiment qu'il se prêtât bien facilement à la chose.

C'est ainsi que nos législateurs, qui se figurent que leur devoir est de légiférer sans cesse *in omne re scibili*, sans parler de *quibusdam aliis*, passent leur temps trop souvent à voter des articles de loi qui sont absolument inapplicables.

Erratum

Dans les tableaux que nous avons publiés dans le nº 7 du *Concours Médical*, comportant la *statistique des diplômes de docteur en médecine et d'officiers de santé*, des erreurs typographiques se sont glissées, qu'il importe de rectifier.

Page 434 — XVIII ; lire 1900-01 *Reims*, **1** diplôme d'officier de santé.

Page 435 — XIX, le total des diplômes d'Université de *Nancy* est de **36**, au lieu de **17** ; d'autre part la colonne relative à *Toulouse* a sauté dans le tirage et doit être reconstituée comme ci-contre :

	Toulouse
1901-02	1
1903-04	2
1904-05	3
1905-06	2
1906-07	1
1907-08	2
1910-11	2
1912-13	4
Total.	17

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Correspondance

III

La solution que vous proposez au problème de l'organisation du rôle social du médecin est pratique, cela est incontestable : on conçoit parfaitement le fonctionnement des services publics dans les conditions que vous indiquez.

Mais cette solution est-elle le meilleure ? Je ne le pense pas.

J'estime en effet qu'une organisation conçue en dehors des Syndicats médicaux et fonctionnant sans leur participation est une œuvre mort-née : les médecins ne s'y soumettront pas plus qu'à la pseudo-organisation actuelle.

Je ne sais si vous vous rendez bien compte de l'opinion de la masse des praticiens sur la matière ? Cela ne les intéresse que médiocrement et je crains bien que votre campagne, si importante que vous la jugiez, ne passe inaperçue.

Le médecin est *embêté* au suprême degré par l'Ad-mi-nis-tra-tion, et il ne veut pas être embêté, voilà la réalité ; il a à sa disposition une force énorme, l'inertie, il en use et il en usera tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de l'intéresser au fonctionnement des services publics.

Or, je ne vois qu'un moyen de l'intéresser, c'est de confier aux médecins eux-mêmes, le soin d'organiser et d'assurer ce fonctionnement.

Les Syndicats médicaux doivent se préparer à constituer les cadres des futures organisations autonomes auxquelles l'Etat remettra le soin d'assurer, sous son contrôle et sous leur contrôle réciproque, les services progressivement socialisés.

Voilà la vérité de demain, sinon d'aujourd'hui, et votre tentative ne peut qu'aller à l'encontre de cette conception en donnant à l'Etat policier la possibilité d'assurer une organisation différente et de s'opposer aux revendications syndicales.

Vous avez fait appel à toutes les opinions : je vous donne la mienne.

Réponse

Nous avons fait appel en effet à toutes les opinions, et nous remercions notre confrère de nous avoir donné la sienne ; mais nous lui dirons immédiatement que nous ne la partageons pas.

Nous ne savons pas ce que sera la vérité de demain, mais à coup sûr — et il en convient — sa théorie n'est pas celle d'aujourd'hui, et c'est d'aujourd'hui que nous devons nous préoccuper. Il passera, comme on dit, bien de l'eau sous les ponts avant que tout le fonctionnement de la médecine sociale soit confié aux syndicats.

Mais ne nous aventurons pas sur ce terrain brûlant et restons dans l'ordre pratique.

D'abord que demandons-nous ? Qu'il y ait séparation entre le médecin praticien et le fonctionnaire chargé des services publics, parce que, nous l'avons montré, il y a incompatibilité entre les deux rôles ; or, nous ne voyons pas en quoi cette incompatibilité serait détruite du fait que le fonctionnement des services publics serait assuré par le Syndicat : Que le médecin ait l'investiture de l'Etat ou qu'il ait cette investiture de son Syndicat, il n'en restera pas moins tiraillé par ses devoirs contraires envers l'individu et envers la Société.

La vérité de demain ne vient donc en rien contrarier notre thèse.

Et puis, nous n'avons jamais prétendu que les Syndicats médicaux dussent être mis à l'écart de l'organisation des services : nous estimons au contraire qu'ils doivent avoir voix au chapitre, et qu'eux seuls sont capables d'éclairer l'administration, même après qu'elle a consulté l'Académie de médecine.

D'ailleurs, nous indiquerons très prochainement comment nous concevons le rôle du syndicat médical dans l'organisation de la médecine publique. Rôle très important selon nous, car il nous paraît impossible de faire œuvre viable sans le concours syndical.

Mais la fonctionnarisation guette les médecins : elle a déjà commencé, elle va continuer sa marche progressive ; devons-nous laisser continuer ce mouvement en nous hypnotisant sur ce qu'on peut supposer devoir être la vérité de demain ? Nous craindrions bien d'être devenus tout à fait fonctionnaires avant d'être sortis de notre hypnose.

Le feu est à l'édifice, nous croyons qu'il faut en faire la part pour sauver le reste ; — c'est là la raison d'être de notre initiative.

Mutualité Familiale du corps médical français

Réunion du Conseil d'administration.

29 *janvier* 1914.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, Mignon, Gassot, Vimont, Nollet, Pamart et Boudin, *secrétaire.*

Le président fait part au Conseil de la mort du docteur Jeanne, vice-président, et se fait l'interprète de tous les membres de la Mutualité familiale en adressant un dernier adieu au confrère qui fut un des fondateurs de l'Association amicale et le promoteur de sa transformation en Mutualité familiale.

Conformément aux statuts, il propose de remplacer le Dr Jeanne. Il expose également que le Dr Diverneresse a demandé son remplacement en raison des difficultés qu'il éprouve à assister aux séances.

Le Conseil désigne M. le Dr de Grissac, d'Argenteuil, comme vice-président en remplacement de M. le Dr Jeanne ; M. le Dr Delpeut, de St-Chéron, comme membre en remplacement de M. le docteur de Grissac ; M. le Dr G. Duchesne, de Paris, comme membre en remplacement de M. le Dr Diverneresse.

Ces nominations seront soumises à la ratification de la prochaine assemblée générale.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue, pour l'exercice 1913, les indemnités suivantes à MM.

564. Dengler (Jura) 12 jours.......	120
1272. Molinéry (Lot-et-Garonne), 6 mois	600
1338. Laborde (Lot-et-Garonne). 60 jours + 4 mois et 12 jours chr.....	1039 95
1454. Valot (Haute-Saône), 38 jours..	380 »
	2.139 95

Ce qui porte les indemnités du quatrième trimestre 1913, à la somme de 33.989 fr. 50.

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison MA

MM. Babiaud, à La Rochelle (Charente-Inférieure).
Gourgand, à Cognac (Charente).
Kraut, à Aiguillon-sur-Mer (Vendée).
Weybecher, à Neuvy-le-Roi (Indre-et-Loire).

Combinaison P.

MM. Saucet, à Plouezec (Côtes-du-Nord).
Long, à Courthezon (Vaucluse).
Weybecher, à Plouezec (Côtes-du-Nord).

Combinaison R.

MM. Duchesne à Paris.
Kraut, à Aiguillon-sur-Mer (Vendée).

Le Conseil prend, sur la proposition du trésorier, une série de décisions concernant l'administration financière de la société.

Enfin, M. le président Maurat rend compte de la discussion qui s'est produite au Conseil général de l'Association générale des médecins de France au sujet du contrat qui lie cette Société à la Mutualité Familiale.

Le secrétaire P. Boudin. *Le Président,* A. Maurat.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Bravo, Bravo, Auguste !

Les gens de ma génération, et pour ne pas en fixer le temps, je dirai au siècle dernier, se souviennent peut-être d'un clown remarquable qui faisait le succès de l'Hippodrome de Paris. Il a provoqué bien des rires enfantins et sa mémoire est toujours présente à nos esprits, quand nous revoyons les pâles imitateurs d'un genre qu'il créa d'une façon si personnelle. Il se présentait au public, non pas revêtu de ces oripeaux grotesques habituels aux clowns. Il portait l'habit noir, le grand gilet blanc, la grande cravate blanche, et sa tête présentait un magnifique toupet de cheveux relevés d'une façon particulière. Malgré cet aspect fashionable, la vue de ce costume excitait tous les rires ; l'habit était certainement trop ample, le gilet trop grand, le bonhomme avait à prendre de l'embonpoint avant de remplir ses vêtements. Mais il fallait le voir à la besogne. Il se dépensait dans une activité effrayante, courait dans tous les coins, aidait tout le monde, touchait à tout, et, somme toute, ne faisait rien ; mais, pour ne rien faire, il déployait une activité avec une abondance de gestes et de langage qui excitait la verve du public. C'était pire que la mouche du coche. Il semblait travailler, il essuyait à chaque instant les gouttes de sueur inondant son visage, mais en réalité, il ne prenait part aux travaux des autres que quand ils étaient terminés, et s'en attribuait tout le mérite.

J'ai pensé souvent, en me souvenant de ce joyeux Auguste, à l'œuvre de la Mutualité. Comme lui, elle a un habit des plus décoratifs, mais trop grand pour son envergure. Il faudrait encore qu'elle se gonfle comme la grenouille de la fable avant d'en remplir tous les plis.

Comme le clown en question, elle présente un grand toupet. Son éloquence égale celle de notre pitre. Elle lance à tous les échos de la France les phrases redondantes « de son autorité, de sa prévoyance » et en plus de ceci, elle veut toucher à tout, questions sociales, questions médicales ; elle veut améliorer tout, et Dieu sait avec quels résultats : ceux constatés récemment par un de ses éminents dirigeants.

Elle organise des retraites dont la moyenne de 60 francs est à peine suffisante pour les frais de tabac de ses sociétaires. Elle organise un service médical qui ne donne que de piètres résultats, puisqu'il pèche par la base, en méconnaissant pour le malade le droit de choisir son médecin. Elle fait des rabais extra-travagants sur les produits pharmaceutiques sans se soucier outre mesure de leur qualité. Elle s'occupe des logements à bon marché, à condition que d'autres interviennent pour les édifier d'une façon financière. Elle organise la désinfection par le blanchiment à la chaux d'hilarante mémoire. Mais en revanche, je dois le reconnaître, elle enterre bien ses sociétaires.

La Mutualité fait du bluff ; nous l'appellerons Auguste. Ce nom nous dira la grandeur de l'œuvre telle que nous la considérons, c'est-à-dire due à un effort personnel, persévérant, sans le secours des autres, dans le sens qu'on accordait au mot Auguste. Et en voyant la Mutualité telle qu'elle existe, nous serons toujours tentés de penser au pitre Auguste.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance aux femmes en couches.

TITRE Ier

ADMISSION A L'ASSISTANCE

ART. 1er. — Toute femme qui prétend au bénéfice des dispositions législatives sur le repos des femmes en couches doit adresser au maire de la commune de sa résidence une demande écrite.

Si elle ne peut signer elle-même cette demande, elle y appose un signe dont l'authenticité est attestée par deux témoins domiciliés dans la commune.

Si elle est incapable de manifester sa volonté, la demande peut être établie par le maire assisté de deux témoins.

Si la demande est faite pendant que la postulante est hospitalisée, elle est visée par le représentant de l'établissement.

ART. 2. — La postulante doit déclarer dans sa demande :

1° Qu'elle est de nationalité française ;

2° Qu'elle se livre habituellement, à son domicile ou chez autrui, à un travail salarié ;

3° Quelles sont ses charges de famille ;

4° Quelles sont les ressources dont elle continuera à disposer pendant son repos, notamment, s'il y a lieu, celles qui peuvent provenir du travail du mari.

La postulante doit ajouter tous les renseignements propres à établir quel est son domicile de secours.

ART. 3. — Elle doit annexer à sa demande :

1° Les extraits des rôles des contributions qui concerneraient soit la postulante, soit, s'il y a lieu, son mari ;

2° Un certificat de l'employeur ou des employeurs attestant qu'elle se livre habituellement à un travail salarié.

En cas d'impossibilité de se procurer ce certificat, elle en indique la raison.

ART. 4. — Le maire délivre un récépissé de la demande.

A ce récépissé est annexée une copie intégrale des articles 4 et 5 de la loi du 17 juin 1913 et du deuxième paragraphe de l'article 69 de la loi du 30 juillet 1913.

ART. 5. — Le maire recueille les renseignements propres à éclairer le bureau d'assistance et les lui transmet avec les demandes et les pièces annexes.

Le bureau peut, s'il le juge utile, procéder à une instruction complémentaire.

Il dresse une liste préparatoire comprenant : d'une part, les postulantes qui ont le domicile de secours dans la commune et, d'autre part, celles qui n'ont pas le domicile de secours dans la commune.

ART. 6. — Le maire transmet au préfet la liste des postulantes qui n'ont pas le domicile de secours dans sa commune. Il y joint leurs demandes et pièces annexes.

ART. 7. — L'admission à l'assistance ne confère de droits à l'allocation que pour la période qui précède et pour celle qui suit les couches en vue desquelles la demande a été faite.

ART. 8. — Toute femme inscrite sur la liste ou admise d'urgence doit, pour recevoir avant les couches l'allocation journalière, produire le certificat médical mentionné au premier paragraphe de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913.

Ce certificat indique si l'état de la postulante rend nécessaire le repos prévu par ledit article.

Il indique également l'époque probable de l'accouchement.

ART. 9. — Le certificat médical est adressé au maire.

Sur le vu de ce certificat, le maire détermine la date à partir de laquelle, en conformité avec les dispositions de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913, l'allocation journalière devra être accordée.

Une copie de la décision du maire est immédiatement envoyée au préfet.

Toutefois, lorsque le préfet est compétent pour statuer sur la demande, et si le certificat médical est joint à cette demande, le préfet en statuant, détermine en même temps la date à partir de laquelle l'allocation journalière devra être accordée. Il avise le maire de sa décision.

ART. 10. — Toute femme inscrite sur la liste ou

admise d'urgence a *droit* à *l'allocation* journalière, après les couches, alors même que l'enfant aurait été présenté sans vie à l'officier de l'état civil.

Art. 11. — Le taux de l'allocation journalière est le même pour toutes les assistées de la commune où elles résident.

TITRE II

SURVEILLANCE ET CONTROLE.

Art. 12. — Le bureau d'assistance dresse, chaque année, au cours de sa première session, la liste des personnes ayant accepté de veiller à l'observation, par les intéressés, des prescriptions de repos et d'hygiène prévues au troisième paragraphe de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913.

Cette liste peut être revisée en cours d'année.

Art. 13. — Dès qu'a été déterminée la date à partir de laquelle l'allocation doit être accordée, ou dès que l'avis de l'accouchement est parvenu au maire, celui-ci choisit sur la liste la personne chargée de visiter l'assistée.

Il remet à cette personne une lettre signée de lui avec les instructions destinées à l'assistée.

Art. 14. — La personne désignée par le maire visite dans le plus bref délai l'assistée.

Elle adresse au maire, dès le début de la période pendant laquelle doit être payée l'allocation journalière, son avis sur l'opportunité qu'il pourrait y avoir à donner l'allocation, en totalité ou en partie, en nature.

Pendant cette période, elle s'assure de l'exécution des prescriptions énumérées au troisième paragraphe de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913 et transmet au maire ses observations.

Si l'assistée n'a pas le domicile de secours communal, les observations prévues au paragraphe précédent sont adressées par le maire au préfet.

Art. 15. — Sur l: vu de l'avis mentionné au deuxième paragraphe de l'article précédent, le bureau d'assistance ou, à son défaut, le maire décide si l'allocation sera donnée,soit en totalité, soit en partie, en nature.

Art. 16. — A l'expiration de la période pendant laquelle a été, après l'accouchement, payée l'allocation, un rapport spécial fait connaître si la mère a allaité elle-même son enfant.

Si l'allaitement maternel n'a duré que pendant une partie de cette période, le rapport en fait mention avec les dates.

Cette pièce est adressée par le maire au préfet qui décide, s'il y a lieu, pour combien de journées est due la prime d'allaitement.

Art. 17. — La délibération par laquelle le conseil général organise le service de l'assistance aux femmes en couches pendant leur repos, doit prévoir le contrôle départemental du service dont les frais sont rangés par l'article 71, 2°, de la loi du 30 juillet 1913, au nombre des dépenses obligatoires du département.

Dans le cas où le conseil général n'organise pas le service de contrôle, il y est pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

TITRE III

RETRAIT DE L'ASSISTANCE

Art. 18. — Lorsqu'une femme admise au bénéfice de l'assistance ne remplit plus les conditions prévues par l'article 3 de la loi du 17 juin 1913, sa radiation des listes est prononcée dans la forme prescrite pour les admissions.

Cette radiation est immédiatement notifiée à l'intéressée. Avis en est donné au préfet au cas où la décision a été prise par une autre autorité.

Art. 19. — Si une assistée n'observe pas les mesures prescrites au paragraphe 3 de l'article 4 de la loi du 17 juin 1913, ou s'il est constaté qu'elle a fourni des déclarations inexactes, la suppression de l'allocation peut être prononcée d'urgence par le bureau d'assistance ou le maire, si l'assistée a son domicile de secours dans la commune, et par le préfet dans les autres cas.

Art. 20. — Le maire est tenu de transmettre directement et d'urgence au préfet avis du décès et avis de l'entrée à l'hôpital des assistées résidant dans la commune.

Art. 21. — Dès qu'une assistée est admise ou décède dans un établissement hospitalier, l'administration dudit établissement est tenue d'en informer directement et d'urgence le préfet.

TITRE IV

MUTUALITÉS MATERNELLES ET ŒUVRES D'ASSISTANCE

Art. 22. — Tout décret agréant une mutualité maternelle ou une œuvre d'assistance, dans les conditions de l'article 10 de la loi du 17 juin 1913, approuve ses statuts et fixe la circonscription territoriale où elle est admise à exercer son action.

Ce décret détermine les conditions du contrôle financier auquel l'œuvre devra se soumettre.

Art. 23. — Dès qu'une postulante est admise à l'assistance, le préfet ou le maire, suivant le cas, en avise la mutualité maternelle ou l'œuvre agréée.

Le maire lui donne connaissance de la date à partir de laquelle l'allocation sera due.

Toute décision portant radiation ou suppression d'une allocation lui est également notifiée par l'autorité qui l'a prise.

Art. 24. — Le représentant de l'œuvre désigne la personne chargée de visiter l'assistée. Il décide si l'allocation sera en tout ou en partie donnée en nature.

Il reçoit les observations prévues à l'article 14 du présent décret.

Il peut proposer au préfet ou au maire la suppression de l'allocation.

Art. 25. — Le ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.*

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos et autour de la pharmacie.

Nous lisons dans *La Pharmacie française*, décembre 1913, p. 497.

A propos des médecins-propharmaciens.

Dans le *Bulletin du Syndicat Général des Pharmaciens de France*, du 25 octobre dernier, deux confrères exposaient leurs justes doléances contre les médecins exerçant la pharmacie dans les communes dépourvues de pharmacien. Il faut le reconnaître, c'est un mal qui se généralise. Les médecins pro-pharmaciens accaparent d'abord les grosses communes, puis les plus petites, mais placées à une minime distance de plusieurs autres. Peu à peu, le pharmacien, installé généralement dans le chef-lieu de canton, voit les mailles du filet se resserrer autour de sa localité et est bientôt réduit à sa seule commune ; si la commune est peu importante, il est contraint de fermer son officine.

Avec la loi de Germinal, autorisant le médecin installé dans toute commune où il n'y a point de pharmacien, à vendre des médicaments, il n'y a point de lutte possible. Avec la nouvelle loi proposant une distance minima de 8 kilomètres entre le domicile du pharmacien et celui du médecin, le résultat sera, à quelque chose près, identique.

Les communes s'étendant dans un rayon d'au moins 3 kilomètres autour du bourg, c'est-à-dire du domicile légal du médecin pro-pharmacien, la distance réelle entre le médecin et le pharmacien sera, en réalité, de 5 kilomètres seulement, j'estime que 5 kilomètres de rayon sont absolument insuffisants à la campagne où une pharmacie, pour exister, a besoin de desservir un minimum de 6.000 habitants.

Je demande pourquoi cette concession à MM. les médecins d'exercer la pharmacie dans telles ou telles conditions ? Quelles études pharmaceutiques ont-ils donc faites ? Quelles garanties présentent-ils vis-à-vis de la loi et surtout vis-à-vis de la clientèle ? Les 9/10e ne connaissent les médicaments que par leurs effets et sont absolument incapables de reconnaître un produit privé de son étiquette.

Nous permet-on, à nous autres, pharmaciens, de manier la seringue de Pravaz et le forceps ?

Je suis de l'avis du confrère Heguy. Que le médecin installé dans une commune privée de pharmacien, se contente de détenir des produits d'urgence et seulement des produits d'urgence nettement déterminés (sérums, antiseptiques, anesthésiques, narcotiques et objets de pansements), les moyens de locomotion actuels permettront toujours aux malades de s'approvisionner des autres médicaments nécessaires à la pharmacie voisine.

J'estime que cette réforme est de toutes la plus urgente, non seulement dans l'intérêt des pharmaciens de campagne, mais aussi dans celui des pharmaciens de ville qui souffrent du même mal, mais sans s'en rendre un compte exact, mettant la gêne ou le mauvais état de leurs affaires sur le seul compte de la concurrence de confrères.

Les médecins seront mécontents !!! je l'admets, leur position est encombrée et ne leur permet, soi-disant, de vivre confortablement et de se faire une retraite qu'en faisant de la pharmacie. Mais tout cela ne nous regarde pas. Qu'ils se débrouillent entre eux: qu'ils limitent, eux aussi, le nombre des étudiants en médecine par des études plus difficiles et même par une prolongation d'une ou de plusieurs années de cours. Cela ne leur ferait pas de mal et leurs futurs clients ne s'en plaindraient pas.

Je ne vois pas la nécessité, pour le corps pharmaceutique, de jouer ce rôle de « baudet » vis-à-vis de MM. les médecins et aussi du public qui abuse trop souvent de la situation pénible des pharmaciens pour leur faire subir tous leurs petits caprices.

La situation des pharmaciens s'améliorant du fait de la suppression des médecins pro-pharmaciens, les pharmaciens pourraient alors recouvrer leur dignité et le public n'en aurait pour eux que plus de considération.

Pourquoi MM. les médecins auraient-ils raison contre nous devant le Parlement ?

Croyez-vous qu'une pétition à ce sujet signée par les 11.000 pharmaciens de France, patronnée par MM. les Professeurs de la Faculté et appuyée par nos Syndicats, n'aurait pas chance d'être prise en considération

Ch. le Gallic d'Urmel

Pharmacien de 1re classe, ex-membre de l'A. A.

Collinée (Côtes-du-Nord).

Cet article ne mériterait en lui-même aucun commentaire, s'il ne contenait deux perles qu'il serait dommage de ne pas sertir dans le brin d'ironie qu'elles appellent.

« *Nous permet-on, à nous autres pharmaciens,*
« *de manier la seringue de Pravaz et le forceps ?* »

Eh non ! On ne vous le permet pas ; mais vous vous passez de la permission, et combien désinvoltement ! — pour marcher chaque jour à deux pieds dans les plates-bandes médicales : consultations, prescriptions, examens de malades, interventions; il n'est guère de branche de l'art de guérir que vous n'exploitiez peu ou prou. Et si vous n'appliquez pas le forceps, c'est qu'habituellement, les parturientes ne choisissent pas l'arrière-boutique de votre officine, pour y accoucher. Mais vous y maniez fort élégamment le spéculum. Hier encore, je voyais, de

mes yeux, entrer dans une pharmacie une jeune femme se plaignant, dans l'œil, d'un corps étranger que le brave apothicaire se mit gravement en devoir d'extraire ; il y a quelques années, j'ai vu, toujours de mes yeux, un bon potard, seringue de Pravaz en main, ponctionner un hygroma du coude. Les exemples foisonnent et je m'étonne de la candeur .... ou du cynisme — du signataire de l'article qui précède en énonçant pareille prétention. *Pro pudor !* Un peu plus de discrétion ne messiérait pas en l'occurrence.

La seconde perle du morceau est une méchanceté, et c'est ce qui m'a permis d'écrire sans scrupule plus haut : candeur ou *cynisme*.

« *Qu'ils (les médecins) limitent eux aussi le nombre des étudiants en médecine par des études plus difficiles et même par une prolongation d'une ou de plusieurs années de cours. Cela ne leur ferait pas de mal et leurs futurs clients ne s'en plaindraient pas.* »

Le bon goût de cette attaque contre la science des médecins en général n'échappera pas à nos lecteurs. Ils savent en effet que nul n'est plus compétent qu'un pharmacien, pour apprécier leur valeur professionnelle, pour réformer un diagnostic, pour critiquer une ordonnance, etc. Heureusement que les tribunaux nous apportent de temps en temps, bien que trop rarement, la satisfaction d'une condamnation prononcée contre certains pharmaciens ayant eu la langue trop prompte à débiner un médecin. Oui, nous savons bien ce qu'on nous répondra : « la correction des erreurs de doses commises par les prescripteurs..., les formules inexécutables en raison des incompatibilités qu'elles comportent. » Erreur n'est pas compte d'abord. Celles que nous signalons ici ne permettent pas de préjuger de l'ignorance du médecin. Et si la loi a imposé aux pharmaciens l'obligation de faire de longues études, sanctionnées par un diplôme, c'est qu'elle a voulu précisément placer derrière le médecin, sujet à se tromper uniquement parce qu'il est homme, une autorité scientifique susceptible de le reprendre, et d'apporter ainsi au malade une double garantie. Autrement, l'épicier serait suffisant.

Nous n'avons nullement l'intention de chercher une mauvaise querelle à l'honorable corporation des pharmaciens, parmi lesquels nous comptons d'excellents amis. Tout de même, il n'est pas mauvais de rappeler à la discrétion ceux qui, dans un excès de zèle intempestif, se laissent aller à de telles intempérances de plume, et oublient qu'au-dessus des intérêts des médecins et des pharmaciens, plane très haut l'*intérêt des malades*.

G. D.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Une expertise d'un blessé du travail au Tribunal de X.

Un médecin, choisi comme expert par le tribunal de X., pour examiner un blessé du travail, découvre chez le blessé un bruit de galop et une néphrite qu'il déclare « n'avoir aucun rapport avec le traumatisme subi. » Arguant de ces faits, l'expert a déposé un rapport concluant à une diminution infime de la capacité de travail du blessé. Celui-ci, qui savait bien n'avoir jamais été malade avant son accident, a obtenu des certificats qui paraissent mettre à néant le rapport de l'expert.

Cette affaire, aussi intéressante au point de vue de la médecine sociale que de la pathologie des accidents du travail, et de *la manière dont sont faites certaines expertises*, mérite que nous la soumettions, tout entière, aux lecteurs du *Concours médical*. Ceux-ci, par les documents que nous publions, *in extenso*, pourront, librement, se faire une opinion, que nous prions nos confrères de vouloir bien nous soumettre.

Tout d'abord, voici le rapport de l'expert. Nous n'en avons rien retranché, car il faut bien que tous nos lecteurs se rendent compte de la valeur de cette « pièce » du procès.

Rapport de l'expert.

Je soussigné, N, expert près le tribunal, commis le 25 juin 1913 par M. H. juge, dispensé du serment par les parties, à l'effet d'examiner Z. Louis, 42 ans, conducteur de trains à T., blessé le 4 novembre 1912 à T, en travaillant pour le compte de la Compagnie des chemins de fer de ......

D'évaluer la réduction de capacité de travail et de fixer la date de consolidation de la blessure.

Les parties régulièrement convoquées à mon cabinet, ai procédé à cette expertise en présence du Dr L., médecin de la Compagnie.

Dires du blessé.

Z a été blessé le 4 novembre en glissant au moment de monter dans un train en partance.

Il tomba sur le quai et sa jambe gauche prise entre le quai et les wagons fut heurtée.

Ramené dans la gare, il reçut les soins du Dr V.

La pointe du pied avait été rejetée tout à fait en dedans, faisant angle droit avec sa direction normale.

Le Dr remet la jambe et le lendemain applique un appareil plâtré .

Le certificat d'origine porte : luxation du cou de pied, fracture bi-malléolaire de la jambe gauche.

Reconduit chez lui, le blessé garda l'appareil jusqu'au premier janvier, mais après un temps qu'il ne peut dire, l'appareil avait été fendu et chaque jour on sortait la jambe pour faire un massage.

Après le 1er janvier, le plâtre fut enlevé ; il fut massé, eut des frictions et des bains sulfureux.

Il commença à marcher avec des cannes.

Il reçut des soins jusqu'au 26 mai.

Depuis cette époque, il dit n'avoir pas pu reprendre son service et déclare qu'il ne pourra pas encore le reprendre.

Il n'a cependant plus reçu de soins médicaux.

Il dit pouvoir marcher sur une surface plane, mais difficilement sur les pavés, il est obligé de chercher où poser le pied.

Etat actuel. — Ayant fait déshabiller Z, je constate que les deux jambes présentent un œdème très accentué.

La jambe gauche est plus œdématiée que la droite et présente à 12 centimètres de la rotule une circonférence supérieure de 2 centimètres à celle de la jambe droite.

En revanche, au niveau des malléoles, la circonférence est d'un centimètre plus petite à gauche qu'à droite.

Cela tient à ce que le cou de pied gauche est bandé et non le cou de pied droit.

Au niveau des malléoles gauches, je ne trouve pas trace de cal osseux.

L'articulation tibio-tarsienne droite a tous ses mouvements.

L'articulation tibio-tarsienne gauche a son mouvement de flexion presque normal, son mouvement d'extension limité et il lui manque environ la moitié de sa course.

Il n'existe pas de ballottement astragalien.

Je ne constate pas de craquements articulaires.

En présence de ces constatations, j'ai interrogé Z. sur sa santé.

Il m'a déclaré avoir eu la diphtérie au régiment et n'avoir jamais été malade depuis.

Il dit n'être pas essoufflé.

En l'examinant je ne trouve pas d'œdème lombaire, MAIS LE CŒUR PRÉSENTE A LA POINTE UN BRUIT DE GALOP NET.

J'ai prié Z. d'uriner dans un verre à expérience et ayant fait bouillir cette urine, j'ai constaté la présence d'un précipité qui ne s'est pas dissous par l'addition d'acide acétique.

Z. A DONC DE L'ALBUMINE dans ses URINES ET DE L'ŒDÈME DES JAMBES, ET CES DEUX PHÉNOMÈNES PROUVENT QU'IL EST ATTEINT DE NÉPHRITE DÉJA ANCIENNE ET QUI N'A AVEC L'ACCIDENT AUCUN RAPPORT.

J'ai enfin constaté que les deux pieds de Z. sont plats : ceci aussi peut gêner la marche, mais ne peut être attribué à l'accident.

En résumé, le seul phénomène imputable à l'accident est la diminution des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne gauche, car je dois encore ajouter à mes constatations que l'axe de la jambe gauche est parfaitement conservé et qu'à part l'œdème, il n'existe aucune déformation de la jambe.

Par conséquent, seule persiste une raideur de l'articulation tibio-tarsienne susceptible d'ailleurs d'amélioration dans l'avenir.

L'ŒDÈME DES JAMBES DOIT ÊTRE MIS SUR LE COMPTE DE LA NÉPHRITE, non de l'accident et disparaître par un traitement convenable.

Conclusions. — En conséquence, je conclus que, du fait de l'accident du 4 novembre 1912, Z. est atteint d'une réduction de capacité de travail d'environ 10 % susceptible d'amélioration dans l'avenir (6 à 12 mois environ.)

La consolidation de la blessure doit être fixée au 26 mai 1913, date à laquelle les soins ont été arrêtés.

En foi de quoi, j'ai rédigé, le présent rapport.

A X., le 9 juillet 1913.

Signé : Dr N.

***

Z. va commencer, maintenant, ses pérégrinations qu'il pourrait intituler : « A la recherche de la vérité. »

Le Dr Diverneresse lui délivre d'abord le certificat suivant :

Je soussigné, docteur en médecine, domicilié à Saint-Mandé (Seine), 12, rue des Villas,

Certifie que le douze novembre 1913, à cinq heures de l'après-midi, s'est présentée à mon cabinet une personne qui m'a déclaré se nommer Z. Louis, être âgée de 42 ans et habiter rue de B. à T.

Cette personne me dit qu'étant employée au service de la compagnie des chemins de fer de ....., elle aurait glissé du marchepied d'un fourgon, elle s'était fait une fracture de la jambe gauche, le 4 novembre 1912.

M. Z. était déjà venu me voir une première fois au début du mois d'octobre 1913, et il m'avait présenté un rapport médico-légal d'expertise dressé par le Dr N., commis expert par le juge des conciliations le 25 juin 1913.

M. Z. me demande :

1° De l'examiner :

2° De dire si son état correspond bien à la description qui en a été faite par le Dr N., médecin de l'hôpital, expert commis par le tribunal de X ;

3° Si le taux d'incapacité fixé par l'expert est bien le taux réel de son incapacité.

J'ai examiné le blessé, et en ce qui concerne les lésions du squelette et les troubles de la motilité de l'articulation tibio-tarsienne, je suis d'accord avec l'expert, mais sur ces deux points seulement.

En effet :

1° L'expert dit : « Le cœur présente à la pointe un bruit de galop net. »

Or, j'ai examiné le cœur très attentivement, et je n'ai point trouvé de bruit de galop.

Pour être bien certain qu'il n'y avait pas d'erreur de ma part, j'ai adressé M. Z. *au docteur Florand, médecin des hôpitaux de la ville de Paris, officier de la légion d'honneur.* Celui-ci, dans un certificat qu'il a délivré en ma présence à M. Z. dit : « *Je certifie que M. Z. ne présente ni bruit de galop, ni hypertension artérielle.* »

C'est donc par erreur que l'expert dit que M. Z. présente au cœur un bruit de galop.

2° L'expert ajoute : « J'ai prié Z d'uriner dans un verre d'expérience, et j'ai fait bouillir cette urine, j'ai constaté la présence d'un précipité qui ne s'est pas dissous par l'addition d'acide acétique. »

Ce procédé de recherche de l'albumine n'est pas suffisant pour permettre d'affirmer l'existence de l'albumine.

J'ai donc envoyé M. Z. à la pharmacie Yvon et Berlioz, réputée pour la précision de ses analyses. Le directeur de cette pharmacie a fait uriner M. Z. devant lui. Mais, afin qu'il ne soit pas possible de dire qu'il y avait substitution de personne, M. Z. ÉTAIT MUNI DE SA PHOTOGRAPHIE au dos de laquelle le directeur de la pharmacie Yvon a certifié que c'était bien là le portrait de la personne qui avait uriné devant lui.

Il est donc incontestable que la personne qui urinait devant le directeur de la pharmacie était bien M. Z.

Or, le directeur de la pharmacie Yvon déclare qu'il n'a trouvé que des « *traces impondérables* » d'albumine, que cette albumine vient des globules sanguins de l'urine (hématies) et que *l'absence de cylindres épithéliaux du rein permet de dire qu'en tous cas l'albumine ne vient pas du rein.*

C'est donc par erreur que l'expert dit qu'il y a de l'albumine dans les urines de M. Z.

Ces trois faits :

a) Absence de bruit de galop à la pointe du cœur ;

b) Absence d'hypertention artérielle ;

c) Absence d'albumine ;

d) Absence de cylindres,

suffisent amplement pour dire qu'il n'y a pas de néphrite.

C'est donc encore par erreur que l'expert affirme que Z. est atteint d'une néphrite déjà ancienne.

Mais l'expert, pour affirmer la néphrite, s'appuyait encore sur un autre signe que présente Z, et qui est l'œdème des jambes, symptôme qui existe en effet. Mais l'expert attribuait ce symptôme à l'albumine et à la néphrite.

Or, nous avons vu qu'il n'y a ni albumine, ni néphrite. Par quoi donc peut être causé cet œdème des jambes ?

J'ai constaté que Z. avait des varices aux deux jambes, mais que la jambe qui avait subi le traumatisme était plus œdématiée que la jambe qui n'a pas subi le choc. L'expert a fait la même remarque puisqu'il dit : « *Ayant fait déshabiller Z., je constate alors que les deux jambes présentent un œdème très accentué. La jambe gauche est plus œdématiée que la droite....* »

Il faut en conclure que les varices sont en partie causes de l'œdème des deux jambes, mais qu'il faut mettre sur le compte de l'accident la part de l'œdème qui est plus volumineux sur la jambe traumatisée que sur la jambe qui n'a reçu aucun choc.

J'ai encore, sur ce point, demandé l'avis du Dr *Florand, médecin des hôpitaux,* et dans son certificat, il dit : « Je certifie..... que l'œdème « des jambes ne peut être mis sur le compte d'une « néphrite qui n'existe pas, qu'il tient certaine- « ment à la présence de varices, mais que seule « la fracture consolidée de la jambe gauche lui « donne, de ce côté, de la dureté et un aspect vio- « lacé. »

Enfin Z. me présente un premier certificat d'un de ses patrons, attestant *que pendant douze ans,* de 1894 à 1906, Z. *a travaillé sans avoir jamais abandonné son service* pour cause de maladie ; puis un second certificat émanant de la préfecture de la Seine, attestant que pendant cinq ans, de 1906 à 1911, Z. a travaillé sans interruption, sauf pendant six jours pour blessures reçues au visage.

Conclusions.

De l'exposé qui précède, on a le droit de conclure

1° Que Z. n'a pas de néphrite ;

2° Qu'une partie de l'œdème des jambes doit être attribuée aux varices ;

3° Qu'une partie de cet œdème doit être attribuée à l'accident ;

4° Que l'articulation tibio-tarsienne a perdu une petite partie de ses mouvements de flexion, et la moitié de ses mouvements d'extension, aux termes mêmes du rapport de l'expert ;

5° Que dans ces conditions, le taux de l'incapacité de 10 % fixé par l'expert, qui ne donne au blessé qu'une rente de 0,20 centimes par jour, est manifestement inférieur au taux de l'incapacité existante ;

6° Que Z.. ne peut se livrer à aucun travail

exigeant la *station debout*, comme dans ses anciens métiers, ou la marche prolongée qu'on exige d'un manœuvre ; qu'à son âge, il lui est impossible de faire l'apprentissage d'un nouveau métier tant soit peu lucratif, qu'il en sera réduit à faire des ouvrages qu'on peut exécuter assis, ouvrages rares, peu rémunérés, qui le condamneraient à de fréquents chômages.

En foi de quoi j'ai délivré le présent certificat, en exécution de la loi sur les accidents du travail.

Le 12 novembre 1913.

Dr DIVERNERESSE.

***

La lecture du certificat du Dr Diverneresse nous paraît assez explicite. Cependant, voulant apporter ici des arguments irréfutables, nous vous prions de lire les pièces du dossier qui vont suivre.

Pharmacie P. Yvon et Berlioz.

Michel et Cognard.

12, rue de la Vrillière

(en face de la Banque deFrance).

Analyse d'urine.

Paris, le 9 octobre 1913. Pour M. Z.
N° d'ordre 36.518. Docteur Diverneresse.

Conclusions :

Cette urine renferme de l'albumine mais en quantité si faible (moins de 0,10 par litre) qu'il est impossible de la doser exactement. L'examen microscopique montre de nombreuses hématies, quelques leucocytes et cellules épithéliales de la vessie (absence de cylindres et de débris épithéliaux d'origine rénale). La petite quantité d'albumine que renferme cette urine nous paraît devoir être attribuée au sang qu'elle contient, nous ne pensons pas qu'elle soit d'origine rénale (absence de cylindres). On ne trouve pas de sucre. Le chiffre de l'urée (12,69) calculée par litre est inférieur à la moyenne.

COGNARD.

Attestation du pharmacien écrite au dos de la photographie du blessé qui a uriné en présence du pharmacien

« Photographie de M. Z., 1, rue de B., à T.
« pour lequel nous avons exécuté l'analyse
« d'urine n° 36518. L'urine examinée a été
« émise devant nous le 9 octobre 1913 à 10 heu-
« res du matin. »

La compétence du Dr Florand est trop connue, pour que nous nous permettions de souligner l'importance de son certificat.

Je soussigné, médecin des hôpitaux, certifie que M. Louis Z. ne présente ni bruit de galop, ni hypertension artérielle, ni albumine. Que l'œdème de ses jambes ne peut être mis sur le compte d'une néphrite qui n'existe pas, qu'il tient certainement à la présence de varices, mais que seule la fracture consolidée de la jambe gauche lui donne de ce côté de la dureté et un aspect violacé.

A. FLORAND.

Paris, le 11 novembre 1913.

Certificat d'un patron du blessé.

T., le 17 octobre 1913.

Je soussigné V., domicilié à T., rue des C., certifie que M. Z. Louis a été employé à mon service depuis le 16 novembre 1894 au 1er août 1906 et qu'il n'a jamais abandonné son service pour cause de maladie aucune.

En foi de quoi, je lui délivre le présent certificat pour servir et valoir ce que de droit.

V.

Certificat de la Préfecture de la Seine.

X., le 15 octobre 1913.

Nous soussigné, conducteur au service municipal des travaux de Paris, chef de la section de A., certifions que M. Z., demeurant à T., rue de B. a été employé comme cantonnier temporaire à la section de A., du 18 septembre 1906 au 1er novembre 1911 sans interruption, sauf 6 jours pour blessure reçue au service.

Pendant toute cette période, nous n'avons eu qu'à nous louer des services que nous a rendus cet ouvrier sobre, très sérieux, très dévoué et nous avons beaucoup apprécié l'intelligente activité avec laquelle il s'est toujours acquitté des divers travaux qui lui ont été confiés.

En foi de quoi nous lui délivrons le présent certificat pour servir et valoir ce que de droit.

B.

***

En présence de la contradiction de l'expert et du médecin qu'il avait consulté, Z. fait choix de son avocat. Le bâtonnier du tribunal de X. refuse à ce dernier le droit de plaider pour le client qui lui avait témoigné sa confiance. Que fait Z. ? Il renonce à l'assistance judiciaire. On lui crée encore de nouvelles difficultés ! ! Z. veut faire valoir ses droits et vient de saisir M. le Garde des Sceaux et le Procureur général de l'impossibilité où il se trouvait de faire défendre sa cause.

En outre, M. le député Doizy, a posé à l'*Officiel* du 4 février 1914, une question écrite sur cette grave affaire.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette curieuse affaire. Dr DIVERNERESSE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Délai de prescription de la créance médicale dans les accidents du travail

La Chambre spéciale des accidents du travail au Tribunal de la Seine repousse la prescription annale.

En 1913, les magistrats de la 4e chambre, 3e section, du tribunal de la Seine ont fait une révolution ; ils ont renversé eux-mêmes ce qu'ils avaient édifié en 1911. Par deux jugements, sous la présidence de deux magistrats différents, le président de la section et le juge doyen, la chambre spéciale des accidents du travail a définitivement et par une argumentation solide rejeté la thèse des compagnies d'assurances invoquant contre les médecins la prescription annale de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898.

Et cela est d'autant plus digne d'attention que par un jugement du 9 janvier 1911 (*La Loi*, du 21 janvier 1911) sous la présidence du même magistrat, M. de Cardaillac, la prescription annale avait été proclamée par la même chambre la seule applicable à la créance du médecin.

Les magistrats de la 4e chambre ne se sont pas laissé impressionner par le précédent, et ils n'ont pas hésité à examiner et approfondir à nouveau la question. Vainement, au nom des assureurs, a-t-on brandi à leurs yeux l'arrêt de la Chambre Civile de la Cour de cassation du 8 février 1911, dont les compagnies se sont si souvent servi pour impressionner les juges de paix et qui contient une phrase incidente, paraissant admettre comme acquise l'application de l'art. 18 à la créance médicale. Ils ont bien vu cette fois que cette phrase n'a qu'une médiocre portée, car la Cour de cassation n'était pas saisie de l'examen de cette question spéciale et les arguments pour et contre n'ont pas été débattus devant elle. Il s'agissait des honoraires du médecin postérieurs à la date fixée comme point de départ d'une rente viagère pour incapacité permanente et du point de savoir, si, en cas d'action en révision, ils pouvaient être compris dans l'indemnité demandée par voie de révision.

Quant au précédent jugement du 9 janvier 1911, il partait de ce principe « que le médecin « qui poursuit le recouvrement de ses honoraires « contre le patron d'une victime d'un accident à « laquelle il a donné ses soins, exerce *l'action qui « appartiendrait à l'ouvrier lui-même, s'il avait « avancé les frais de son traitement.* »

Et ce serait parce que l'action du médecin n'est autre que l'action de l'ouvrier, c'est-à-dire ne serait en quelque sorte qu'une action oblique basée sur l'art. 1166 du C. Civ. permettant à un créancier d'exercer aux lieu et place de son débiteur les actions qui appartiennent à celui-ci et qu'il néglige d'exercer, qu'elle serait assujettie à la même prescription. La base de ce raisonnement se trouve sapée par les principes admis par l'arrêt de la Ch. civ. de la Cour de cassation du 3 avril 1913 obtenu avec l'appui du « Sou médical » (V. *Conc. méd.*, 6 juillet 1913, p. 1733 et *Rec. acc. du trav.*, p. 182), arrêt qui reconnaît d'abord que l'action de l'ouvrier contre son patron n'est pas subordonnée au paiement préalable par lui des honoraires dus à son médecin, et qui, ensuite et surtout, admet que si le médecin a une action directe inscrite dans l'art. 4, il n'est pas privé pour cela de l'action oblique régie par l'art. 1166 du C. Civ., et peut même exercer la seconde à défaut de la première, d'où cette conséquence que l'action du médecin contre le patron pour ses honoraires est distincte et indépendante de l'action de l'ouvrier. Ce raisonnement écarté, le tribunal de la Seine a examiné en les abordant de front les arguments juridiques tirés du texte de l'art. 18 et il s'est prononcé cette fois pour la thèse qu'ont toujours soutenue les médecins et qu'avait déjà esquissée notamment M. Azema, juge de paix suppléant du XVe arr. de Paris, dans un jugement du 23 décembre 1909.

Aussi croyons-nous utile de rassembler ici les deux décisions du tribunal de la Seine dont la première (11 juin 1913) a déjà été publiée par le *Rec. sp. des accid. du travail de Villetard de Prunières*, 1913, p. 182, et dont l'autre nous a été communiquée par Me Jacques Gautereau qui l'a obtenue, comme avocat du médecin, partie à l'instance.

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

4e Chambre, 3e Section.

11 *juin* 1913.

Président : M. Escoffier.

Attendu que D... a, le 10 octobre 1912, régulièrement interjeté appel de deux jugements en premier ressort rendus par le juge de paix du XIIIe arrondissement, le 13 septembre et le 4 octobre 1912, le premier par défaut ; qu'il y a lieu de déclarer l'appel recevable en la forme ;

Attendu que pour repousser la demande en paiement de la somme de 443 fr., formée par le Dr M..., pour soins donnés au cours de 1911 à L..., victime d'un accident de travail survenu le 17 janvier, dans l'entreprise du sieur D..., ce dernier a, devant le premier juge, excipé de la prescription annale en invoquant l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898 ;

Attendu que le jugement dont est appel a rejeté le moyen tiré de la prescription par le motif que le délai pour prescrire aurait été suspendu par l'introduc-

tion de la demande de rente formée par l'ouvrier L... ;

Attendu que ce motif est inopérant à l'égard du médecin qui agit par action directe pour le paiement de ses honoraires et qui sépare ainsi son droit de celui de l'ouvrier qu'il a soigné ;

Mais attendu qu'il y a lieu de rechercher si D... est fondé à soutenir contre la demande de M... la prescription annale ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 18, alinéa premier de la loi précitée, l'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit par un an à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation de l'indemnité temporaire ;

Attendu que l'action directe des médecins et des pharmaciens contre les chefs d'entreprise pour obtenir le paiement de leurs honoraires ou le remboursement de leurs fournitures ne saurait être confondue avec l'action en indemnité, puisqu'elle n'a pas pour objet la réparation du dommage ;

Que l'expression indemnité opposée par la loi aux frais médicaux et pharmaceutiques et frais funéraires (art. 4, 6 et 7) convient aux seules indemnités temporaires ou permanentes, ainsi qu'il résulte des articles 15 et 16 de ladite loi, et que c'est dans le seul cas où l'accidenté poursuit le remboursement des frais médicaux déboursés par lui que son action peut être considérée comme une action en indemnité accessoire ;

Attendu que les trois faits énoncés par l'art. 18 comme constituant le point de départ de l'action en indemnité ne sauraient être opposés au médecin comme marquant le moment où il aurait dû agir pour le recouvrement de sa créance et par suite le point de départ de la prescription.

Qu'en effet le jour de l'accident, qui était seul visé par la loi de 1898, la créance du médecin n'était pas née, puisque le traitement n'a le plus souvent commencé que le lendemain de l'accident ou plus tard, et que par suite, le délai de la prescription n'a pu commencer à courir de ce jour ; que la même considération s'applique à la clôture de l'enquête, circonstance introduite par la loi du 22 mars 1902, puisque postérieurement à cette formalité ignorée du médecin, ce dernier a pu continuer à donner ses soins au blessé et que dans ce cas comme dans le cas précédent, la prescription n'a pu commencer à courir avant la naissance du droit ;

Attendu que la cessation du paiement de l'indemnité temporaire, introduite également dans l'art. 18 par la loi de 1902, constitue un fait que rien ne révèle au médecin qui n'aura donné que d'une manière passagère ses soins au blessé et demeurera le plus souvent ignorée, même du médecin traitant ;

Attendu que la date de la consolidation de la blessure qui marque le jour à partir duquel les frais médicaux et pharmaceutiques cessent d'être à la charge du chef d'entreprise et qui constitue indiscutablement le point de départ de la prescription de l'action du médecin est fixée rétroactivement par la décision du Tribunal qui prononce l'allocation d'une rente et que ce n'est que par l'effet de cette fixation rétroactive qu'elle se confond avec la cessation du paiement de l'indemnité temporaire ;

Attendu que les circonstances mentionnées à l'art. 18, comme point de départ de l'action en indemnité de l'ouvrier blessé laissant à ce dernier un délai d'une année pour agir à partir d'un événement précis et d'une date déterminée, ce délai ne serait pas assuré au médecin qui ne serait renseigné sur le point de départ de la prescription qu'à une époque où le délai pour agir ne serait plus entier et serait quelquefois périmé ;

Attendu que cette considération en dehors de celles qui précèdent suffit à faire rejeter la prétention du défendeur ;

Que si la date de la consolidation de la blessure doit être prise comme marquant le point de départ de l'action des médecins, cette action doit pouvoir être intentée dans le délai de droit commun tel qu'il résulte de l'art. 11 de la loi du 30 novembre 1892, qui a modifié l'art. 2272 du Code civil en élevant de un à deux ans, la prescription de l'action des médecins en paiement de leurs honoraires ;

Attendu qu'il y a d'autant plus de raison de restreindre à l'action en indemnité du blessé l'application de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898, que le droit pour des médecins d'actionner directement le chef d'entreprise n'a été admis que par la nouvelle disposition introduite dans l'art. 4 par la loi du 31 mars 1905 ;

Que la disposition de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 22 mars 1902, qui se réfère à l'action en indemnité prévue par la présente loi, n'a pu régler le délai de la prescription d'une action qui n'a été reconnue que plus tard ;

Sur l'appel incident formé par M..., tendant à la condamnation au paiement de la somme réclamée par la demande ;

Attendu que le jugement dont est appel n'a pas statué sur le mérite de l'opposition formée au jugement rendu par défaut le 13 septembre 1911 ; qu'aucune décision n'a été rendue à cet égard par le juge du premier degré ;

Attendu que le juge d'appel n'est saisi que dans la mesure où l'appel est interjeté et qu'il ne pourrait être fait droit à l'appel incident sans faire échec à la règle des deux degrés de juridiction ; qu'il convient de renvoyer l'affaire devant le juge seul compétent au premier degré ;

Par ces motifs :

Sans adopter ceux du premier juge ;

Confirme en tant que besoin le jugement dont est appel ;

Dit en conséquence qu'il sortira son plein et entier effet pour être exécuté selon ses forme et teneur ;

Dit que la prescription annale n'est pas opposable à la demande de M..., laquelle n'est soumise qu'à la prescription de deux ans, conformément à l'art. 2272 du Code civil ;

Déboute l'appelant de ses fins et conclusions de l'appel incident ;

Renvoie le demandeur à se pourvoir devant le juge compétent ;

Condamne D... aux dépens de première instance et d'appel.

(Mes LEDEBT et WEILL, avocats.)

II

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE

4e Chambre, 3e Section.

6 *décembre* 1913.

Présidence de M. DE CARDAILLAC, Président de Section.

Le tribunal, ouï en leurs conclusions et plaidoiries G..., avocat assisté de B..., avoué de G... ;

L..., avocat, assisté de C..., avoué de L...

Le ministère public entendu et et après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en matière sommaire et en dernier ressort ;

Attendu que L... a interjeté appel de deux jugements rendus par le juge de paix du XVe arrondissement de Paris, les 11 janvier et 13 juin 1912, qu'il y a lieu de déclarer l'appel recevable en la forme;

Attendu que pour repousser la demande en paiement de 165 fr., formée par le Dr G... pour soins donnés à l'ouvrier M..., victime d'un accident du travail survenu le 11 janvier 1908 au service de L..., ce dernier a, devant le premier juge, excipé de la prescription annale, en évoquant l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898

Attendu que le jugement dont est appel a rejeté le moyen tiré de la prescription par le motif que le délai pour prescrire aurait été suspendu par l'introduction de la demande de rente formée par l'ouvrier ;

Attendu que ce motif est inopérant à l'égard du médecin qui agit par action directe pour le paiement de ses honoraires et qui sépare ainsi son droit de celui de l'ouvrier qu'il a soigné ;

Mais attendu qu'il y a lieu de rechercher si L... est fondé à soutenir contre G... la prescription annale ;

Attendu qu'aux termes de l'art. 18, alinéa 1er de la loi précitée, l'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit par un an à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation de l'indemnité temporaire ;

Attendu que l'action directe des médecins et des pharmaciens contre les chefs d'entreprise pour obtenir le remboursement de leurs honoraires ou le remboursement de leurs fournitures, ne saurait être confondue avec l'action en indemnité, puisqu'elle n'a pas pour objet la réparation d'un dommage ;

Que l'expression « indemnité » opposée par la loi aux frais médicaux et pharmaceutiques et frais funéraires (art. 4, 6 et 7) convient aux seules indemnités temporaires ou permanentes, ainsi qu'il résulte des art. 15 et 16 de ladite loi et que c'est dans le seul cas où l'accidenté poursuit le remboursement des frais médicaux déboursés par lui, que son action peut être considérée comme une action en indemnité accessoire ;

Attendu que les trois faits énoncés par l'art. 18, comme constituant le point de départ de l'action en indemnité ne sauraient être opposés au médecin comme marquant le moment où il aurait dû agir pour le recouvrement de sa créance et par suite de point de départ de la prescription ;

Qu'en effet, le jour de l'accident qui était seul visé par la loi de 1898, la créance du médecin n'était pas née puisque le traitement n'a le plus souvent commencé que le lendemain de l'accident ou plus tard, et que par suite le délai de la prescription n'a pu commencer à courir de ce jour ;

Que la même considération s'applique à la clôture de l'enquête, circonstance introduite par la loi du 22 mars 1902, puisque postérieurement à cette formalité ignorée du médecin, ce dernier a pu continuer à donner ses soins au blessé et que dans ce cas, comme dans le cas précédent, la prescription n'a pu commencer à courir avant la naissance du droit ;

Attendu que la cessation du paiement de l'indemnité temporaire introduite également dans l'art. 18 de la loi constitue un fait que rien ne révèle au médecin qui n'aura donné que d'une manière passagère ses soins au blessé et demeurera le plus souvent ignoré même du médecin traitant ;

Attendu que la date de la consolidation de la blessure qui marque le jour à partir duquel les frais médicaux et pharmaceutiques cessent d'être à la charge du chef d'entreprise et constitue indiscutablement le point de départ de la prescription de l'action du médecin, est fixée rétroactivement par la décision du tribunal qui prononce l'allocation d'une rente et que ce n'est que par l'effet de cette fixation rétroactive qu'elle se confond avec la cessation du paiement de l'indemnité temporaire ;

Attendu que si les circonstances mentionnées à l'art. 18 comme point de départ de l'action en indemnité de l'ouvrier blessé, laissent à ce dernier un délai d'une année pour agir, à partir d'un événement précis et d'une date déterminée, ce délai ne serait pas assuré au médecin qui ne serait renseigné sur le point de départ de la prescription qu'à une époque où le délai pour agir ne serait plus entier et serait quelquefois périmé ;

Attendu que cette considération en dehors de celles qui précèdent suffit à faire rejeter la prétention de L... ;

Que si la date de la consolidation de la blessure doit être prise comme marquant le point de départ de l'action des médecins, cette action doit pouvoir être intentée dans le délai de droit commun, tel qu'il résulte de l'art. 11 de la loi du 30 novembre 1892 qui a

modifié l'art. 2272 du C. Civil, élevant de un à deux ans la prescription de l'action des médecins en paiement de leurs honoraires ;

Attendu qu'il y a d'autant plus de raison de restreindre à l'action en indemnité du blessé, l'application de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898 que le droit pour les médecins d'actionner directement le chef d'entreprise, n'a été admis que par la nouvelle disposition introduite dans l'art. 4, par la loi du 31 mars 1905, que la disposition de l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 22 mars 1908 qui se réfère à l'action en indemnité prévue par la présente loi, n'a pu régler le délai de la prescription d'une action qui n'a été reconnue que plus tard.

Par ces motifs :

Déclare l'appel recevable ;

Dit que la prescription annale n'est pas opposable à la demande de G..., laquelle n'est soumise qu'à la prescription de deux ans conformément à l'art. 2272 du C. Civil ;

Confirme le jugement dont est appel pour être exécuté selon ses forme et teneur ;

Déboute L... de ses fins et conclusions.

Le condamne à l'amende d'appel et en tous les dépens de première instance et d'appel.

***

Il est toujours méritoire de reconnaître son erreur et de n'y pas persévérer. Grâces soient rendues aux magistrats de la Chambre des accidents du travail au tribunal de la Seine, pour le bel exemple de conscience juridique qu'ils ont donné.

Mais en attendant que le mouvement qu'ils ont dessiné soit suivi par l'unanimité des tribunaux civils et des tribunaux de paix, il est permis de faire remarquer toutes les centaines de mille francs que les compagnies d'assurances ont mises dans leurs poches au préjudice des médecins, depuis 1898, en invoquant contre eux la prescription annale, à l'aide de décisions obtenues grâce à l'atmosphère spéciale qu'elles ont créée par leurs sophismes et qui a réussi à égarer les magistrats les plus avertis.

Sur cette question, comme sur bien d'autres, nous n'en avons pas fini avec ces sophismes et il nous faudra reconquérir pied à pied le terrain usurpé par les compagnies sur le domaine du bon sens, de l'équité et de la saine interprétation de la loi.

Quoi qu'il en soit, que les médecins ne se croient pas définitivement garantis par les deux décisions que nous reproduisons contre le danger de la prescription annale. Pour éviter de se la voir opposer et de la voir admettre par des tribunaux de paix, entêtés à suivre la thèse des compagnies d'assurances, ils feront bien d'envoyer leur note et d'agir dans l'année de l'accident ou aussitôt le traitement terminé.

La prudence est la mère de la sûreté. Ce proverbe est toujours vrai et le conseil est bon à suivre, surtout en présence de débiteurs qui ont pour mandataires leurs assureurs.

Georges GATINEAU,
Avocat à la Cour,
Conseil du « Sou Médical ».

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

I

M. Henri AURIOL, député, demande à M. le ministre de l'intérieur si les délégués de l'administration dans les bureaux de bienfaisance, ont le droit de passer chez tous les vieillards inscrits sur les listes de l'assistance afin de leur demander par quel médecin ils désirent se faire soigner.

Réponse.

Dans un département où le règlement du service de l'assistance médicale dispose, d'une part, que l'inscrit doit, au début de l'année, désigner le médecin qui lui donnera des soins en cas de maladie, et d'autre part que, à défaut de cette désignation, le médecin est choisi par le bureau d'assistance, il est naturel qu'un membre du bureau de bienfaisance, faisant partie de droit du bureau de l'assistance, se rende au domicile des inscrits et leur demande par quel médecin ils désirent se faire soigner.

II

M. DOISY, député, demande à M. le ministre de l'agriculture si des secours spéciaux, destinés à rembourser les frais médico-pharmaceutiques, sont accordés aux gardes des eaux et forêts.

Réponse.

Dans la mesure où le lui permettent les crédits restreints dont elle dispose, l'administration des eaux et forêts accorde, à titre individuel, des secours aux brigadiers et gardes dont la situation lui est signalée comme particulièrement difficile, en vue de leur venir en aide pour le payement des frais médico-pharmaceutiques.

Mais c'est surtout pour le développement des œuvres de mutualité que l'administration s'efforce de solutionner la question de l'assistance en cas de maladie. Dans ce but, elle a encouragé et favorisé la formation des sociétés de secours mutuels entre les préposés ; il existe actuellement 25 sociétés de cette nature, qui englobent près des deux tiers du personnel. Des subventions leur sont accordées chaque année dans la limite des ressources disponibles.

III

Proposition de loi présentée par MM. Brard, Louis Naïl et Le Rouzic, tendant à remédier à la dépopulation, en assurant gratuitement l'enseignement à tous les degrés aux jeunes gens des deux sexes appartenant à des familles dont le revenu est inférieur à 5.000 francs et dont le nombre des enfants est égal ou supérieur à trois.

Voici le dispositif de cette proposition :

Article premier. — L'enseignement à tous les degrés est donné gratuitement aux frais de l'Etat aux jeunes gens de l'un et de l'autre sexe appartenant à des familles qui, ayant trois enfants ou plus, possèdent un revenu annuel inférieur à 5.000 francs, si ces jeunes gens ont satisfait aux examens ou concours d'entrée dans tous les établissements publics d'enseignement primaire, secondaire et supérieur, ainsi qu'à l'Ecole polytechnique, à l'Ecole spéciale militaire, à l'Ecole navale, à l'Ecole normale supérieure, à l'Ecole forestière, à l'Ecole centrale des arts et manufactures, à l'Ecole nationale des mines, à l'Ecole des ponts et chaussées, à l'Ecole des mines de Saint-Etienne, à l'Ecole des hautes études commerciales, à l'Institut national agronomique et dans toutes les écoles d'enseignement technique et professionnel, commercial, industriel et agricole reconnues ou subventionnées par l'Etat.

Art. 2. — Pour assurer l'application des dispositions prévues à l'article précédent, une taxe de un pour cent sur tout revenu annuel égal ou supérieur à 20.000 francs sera imposée aux contribuables âgés de plus de trente ans, exception faite des chefs de famille ayant à leur charge trois enfants ou plus.]

(Renvoyée à la Commission de l'Enseignement.)

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

C'est avec un sincère regret que nous avons appris la mort soudaine de notre confrère Jeanne, directeur du *Concours médical.*

Nous n'avons pas à nous souvenir ici des divergences de vues, en Syndicalisme Médical, qui suscitèrent, aux idées qu'il soutenait ces dernières annéees, d'ardents adversaires dont nous nous honorons d'être.

Nous voulons seulement nous rappeler que Jeanne incarna en quelque sorte pendant un temps, au regard de la génération actuelle, la défense médicale.

Et c'est en songeant aux luttes soutenues en commun que nous nous inclinons, avec une sympathie émue, devant cette tombe si brutalement ouverte.

Le P. P.

[Ce simple hommage rendu à la mémoire de Jeanne par le *Petit Praticien* qui fut un de nos plus ardents adversaires, est celui que nous trouvons le plus touchant et auquel nous sommes le plus sensibles.

Dans l'ardeur des polémiques qui parfois ne reposent que sur des malentendus, on est souvent tenté de prêter à ses adversaires des mobiles peu nobles et des sentiments haineux.

Aussi, lorsqu'à l'occasion d'une tombe ouverte nous voyons ceux que nous avions cru des ennemis, s'incliner avec sympathie et reconnaître les services rendus, nous ne pouvons que les remercier de ce geste et nous le faisons d'autant plus volontiers et en toute franchise, que nous ignorons et voulons toujours ignorer ce que c'est que la haine.

La Rédaction du *Concours Médical.*

***

Des regrets unanimes se sont exprimés parmi les praticiens, et en particulier au Syndicat des Médecins de la Seine, lorsque fut connue la nouvelle de la fin subite et prématurée du Dr Jeanne. Jeanne donnait une impression de santé robuste, il paraissait jeune. Personne ne le croyait condamné à brève échéance et ne s'attendait à un deuil qui suit, de bien près, celui de Lucas-Championnière.

Déjà notre ami, notre ancien président, Noir, a dit, dans le *Concours*, les services que Jeanne a rendus à la cause professionnelle. Appuyé sur une organisation puissante, accrue, animée par lui, Jeanne avait prévu, il a préparé, plus que tout autre l'œuvre que réalise peu à peu le syndicalisme médical. Homme pratique et de réalisations, ayant vu de près les misères et la misère médicales, il s'était surtout intéressé aux œuvres qui intéressent le praticien au point de vue matériel, mais son intelligence supérieure savait que la situation économique du médecin dépend de son instruction professionnelle, des services qu'il rend, du prestige moral qu'il acquiert. On sait partout que Jeanne fut l'auteur du tarif Dubief, mais il faut rappeler que les questions d'enseignement, d'hygiène, avaient attiré son attention. Il pensait que les œuvres que ne sauront réaliser les médecins groupés associés, s'accompliront sans eux, et souvent contre eux.

L'autorité de Jeanne, dans nos milieux, était incomparable. En dehors de sa connaissance parfaite des questions professionnelles, on trouvait en lui un mélange singulier de calme, de modération voulue, réfléchie et d'énergie ; on comprenait ainsi son influence. Cette influence, cette autorité ont été mises toujours au service des causes les meilleures. Jeanne a su consolider d'une manière définitive l'Union des Syndicats, en rapprochant des hommes que les évènements avaient séparés, en réunissant la jeune génération ardente, agissante, et la génération plus ancienne, un peu désabusée et découragée. Jeanne ne

fut ni un désabusé, car il n'avait jamais d'illusions, ni un découragé, car il était doué du plus haut courage. Il sut se retirer de l'Union à l'heure nécessaire, dans l'intérêt non seulement du *Concours*, mais de l'Union elle-même et jamais, depuis cette retraite, on n'a pu citer un acte d'ingérence dans la vie de celle-ci. Lorsque fut nommée la Commission supérieure de l'enseignement médical, Jeanne, désigné par le ministre, donna, très simplement, sa démission, parce qu'il n'avait pas reçu de mandat.

On doit reconnaître, dans le caractère de Jeanne, une vertu exceptionnelle dans nos milieux, et qu'il avait au plus haut point, je veux parler d'un esprit de discipline qu'il jugeait certainement plus nécessaire encore chez les chefs que chez les soldats. Ancien médecin de marine, il comparait sans doute nos Syndicats à des navires où chacun joue son rôle, sans autre but que d'être utile à l'équipage et d'atteindre le port. Jeanne pensait que, sur un navire, personne n'est pour toujours indispensable, que chacun peut se remplacer, même le capitaine. Il en est ainsi, parce que certains hommes, pénétrés du sentiment d'un devoir, savent l'inspirer à d'autres qui vivent à leur contact ; parce qu'ils sont convaincus que ce sentiment, fait de désintéressement, d'abnégation, dans l'intérêt collectif, ne saurait disparaître. Et si Jeanne peut être remplacé dans le corps médical, c'est parce qu'il aura su animer d'autres esprits de l'esprit qui l'animait lui-même.

Dr LEREDDE.

On vient de lire avec tout l'intérêt qu'il comporte, l'article consacré par notre président le Dr Leredde, à la mort du Dr Jeanne dont la fin prématurée nous afflige si lourdement.

Dès le lendemain de la mort de Jeanne, le Dr Lafontaine avait tenu à se rendre auprès de Mme Jeanne, pour revoir une dernière fois notre ami, et pour apporter à sa veuve l'hommage des sentiments douloureux de tous nos membres.

Au nom du Syndicat des médecins de la Seine auquel il appartenait, le Dr Bertillon l'a accompagné jusqu'à sa dernière demeure, a déposé sur sa tombe, à Agon, une couronne et lui a rendu dans une allocation émouvante les suprêmes devoirs.

Qu'il soit permis au rédacteur du *Bulletin* du Syndicat, qui, lui ayant succédé à la commission du Tarif Dubief, a plus que quiconque conscience, tout au moins dans ce domaine, des immenses services qu'il avait rendus, de lui adresser ici un dernier adieu.

Après la mort de Just Lucas-Championnière inattendue également, celle de Jeanne nous atteint et nous afflige non seulement par le chagrin si douloureusement ressenti, mais par la perte effective d'une énergie et d'une valeur mises tout entières au service d'une cause pour laquelle les combattants de cette envergure ne sont pas légion.

TOURTOURAT.

tin du Syndicat des médecins de la Seine.)



Nous avons appris avec émotion le brusque décès de notre confrère Jeanne, du *Concours médical*. Journaliste de talent, homme d'énergie et d'action, Jeanne a rendu à notre profession des services qui ne se peuvent oublier.

Nous saluons avec regret sa mémoire et nous adressons à sa famille, ainsi qu'à nos camarades du *Concours*, nos bien sincères condoléances

(*L'Avenir médical.*)



Nous apprenons la mort du Dr Jeanne, directeur du *Concours médical*. Ce regretté confrère s'était spécialement consacré depuis de longues années à la défense des intérêts du corps médical. Son rôle prépondérant dans l'organisation du syndicalisme médical et dans la question du relèvement des honoraires restera dans le souvenir de tous les praticiens.

(*La Tribune médicale.*)



Au moment où l'on procédait au tirage du précédent numéro de ce *Bulletin*, nous apprenions la mort subite du Dr Jeanne, Directeur du *Concours médical*.

Le Dr Jeanne, très connu et très estimé dans le Corps médical, s'était consacré, depuis de longues années à l'étude des questions professionnelles et à la défense corporative. C'était un vaillant confrère, un militant de premier ordre. Sa disparition est, pour les praticiens, une perte réelle.

Le Dr Jeanne n'appartenait pas au S. M. P. ; je tiens néanmoins à lui rendre ici même un dernier hommage.

L. CH.

(*Bulletin officiel du Syndicat médical de Paris.*)



On annonce la mort de M. le Dr Jeanne, directeur du *Concours médical*.

Le Dr Jeanne qui avait été médecin de la marine avant de se fixer à Meulan, s'était consacré depuis de longues années, à la défense des intérêts du corps médical et aux œuvres de mutualité patronnées par le *Concours médical*. Il a joué un rôle considérable dans la défense professionnelle et avait su s'attirer l'estime et la sympathie de tous ceux qui l'approchèrent.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)



REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort du Dr Brun-Bourguet, membre du Comité de Propagande du *Concours médical*, du Var, décédé le 5 février à la suite d'une longue maladie qui lui avait fait abandonner depuis un an sa profession.

C'était un ami dévoué de toutes les œuvres professionnelles et des nôtres en particulier.

Nous nous inclinons respectueusement sur cette tombe prématurément creusée.

— **Deux banquiers arrêtés.** — Sur commission rogatoire et mandat de M. Genty, juge d'instruction, M. Bénézech, commissaire aux délégations judiciaires, s'est rendu, hier, dans les bureaux d'un établissement exploité par Charles de Roujeolle, âgé de quarante-quatre ans, ex-directeur général de la Société française de Crédit immobilier de l'Argus foncier. Cet individu, déjà condamné à six mois pour escroquerie, avait, sa peine terminée, rouvert sa banque, 149, rue de Rennes. C'est là qu'il a été arrêté.

Son système consistait à grouper des clients désirant faire bâtir ; il leur réclamait, à cet effet, des arrhes qu'il empochait et ne faisait rien construire du tout. Il avait, en province, des succursales, dont il exploitait les directeurs eux-mêmes ; il leur faisait verser des cautionnements, payait le premier mois d'appointements et ne leur donnait plus signe de vie.

Le président du conseil d'administration, M. Blancheville, âgé de soixante-quatre ans, demeurant 58, rue du Montparnasse, a également été arrêté. C'est un ancien sous-chef de bureau à la section des sociétés mutuelles au ministère du travail : il est décoré de la Légion d'honneur. Il est d'ailleurs poursuivi pour d'autres affaires.

Les deux complices sont au Dépôt

(*Le Journal.*)

— **L'uniforme des médecins du bureau de bienfaisance.** — On a bien raison de dire que la fiction la plus ingénieuse n'atteint jamais aux extrêmes fantaisies de la réalité, que le roman le mieux machiné par une imagination féconde n'est qu'une pâle imitation des machinations même de la vie réelle.

Il y a quelques mois, dans une variété intitulée : *L'homme au double collet*, je supposais que les futurs médecins agréés, tels que les connaît M. Chéron pour les services administratifs ou autres, auraient un signe distinctif consistant en un collet de vêtement armé d'une broderie caducéenne.

Cette supposition, toute gratuite, n'était pas tellement outrée, puisque, si nous en croyons le Journal l'*Asepsie*, cité par le Bull. de la Soc. méd. des bureaux de bienfaisance de Paris (novembre 1913), les médecins des bureaux de bienfaisance du département de la Roër adressèrent en 1806, au Ministre de l'intérieur une pétition « tendant à leur accorder une marque distinctive, telle qu'un *chapeau français* et un *collet brodé,* à la charge par eux de donner leurs soins gratuitement à la classe indigente. »

Galons et panaches, rubans et grands cordons, il est donc vrai que vous exercez sur les Français un attrait irrésistible ! ! G. D.

— Nos confrères, les docteurs Louis et Paul Murat, viennent d'obtenir de l'Académie nationale des sciences, Belles-Lettres et arts de Bordeaux le grand prix quinquennal de philosophie (prix Lalande de deux mille francs) pour leurs deux volumes déjà parus sur : « l'*Idée de Dieu dans les sciences contemporaines* » : *Les merveilles du corps humain* (2e édition, 891 pages, 1913) et *Le Firmament, l'Atome, le Monde végétal* (4e édition, 525 pages, 1913) (Téqui, éditeur).

— **Maison du Médecin.** — Le Conseil de Famille de la « Maison du Médecin » vient de prononcer l'admission au château des Charmilles de quatre nouveaux pensionnaires, ce qui va porter à seize le nombre des hôtes de la fondation.

De nouvelles candidatures sont en ce moment soumises à l'examen du bureau.

Le Conseil de Famille les solutionnera dans une prochaine séance.

— **Souscription pour l'érection d'un monument au Pr L.-H. Farabeuf.** — La Faculté de médecine de Paris a pris l'initiative d'élever un monument au Pr Farabeuf.

Le comité exécutif fait appel à votre concours et espère que vous voudrez bien participer à la souscription, qui permettra d'honorer et de perpétuer la mémoire du savant, dont les recherches et l'enseignement merveilleux ont rendu de si grands services à tant de générations de médecins.

Aucun chiffre n'a été fixé pour la souscription. Les plus petites offrandes seront les bienvenues. Nous prions tous les médecins qui ont bénéficié de la réorganisation de l'Ecole pratique d'anatomie, des travaux et de l'enseignement du maître disparu, de penser qu'il aurait particulièrement apprécié une manifestation très générale, capable d'apporter à son cœur inquiet la certitude que son immense labeur a été utile.

Prière d'adresser les souscriptions à M. Steinheil éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Comité : Président d'honneur : Pr Guyon ; Président : Pr Landouzy ; Secrétaire général : Pr Pierre Delbet ; Secrétaire trésorier : G. Steinheil, éditeur.

— Nous avons pour règle habituelle de ne jamais publier les listes des confrères gratifiés d'une distinction honorifique quelconque (Légion d'honneur, Palmes académiques, Mérite agricole), à moins de circonstances particulières. C'est ainsi que précédemment, nous avons autorisé notre bon camarade Molinéry à annoncer la croix de chevalier du professeur Jeannel, de Toulouse, envers qui il a contracté une grosse dette personnelle de reconnaissance.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous avons plaisir à relever parmi les nouveaux officiers d'Académie le nom du Dr Grellety, de Vichy, fils du distingué confrère, le maître écrivain et le psychologue averti que le *Concours* compte parmi ses collaborateurs depuis 20 ans.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 9 Dimanche 1er Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A propos du contrôle médical dans l'Administration des Douanes. Signes précurseurs de l'avènement du syndicalisme.

Notre science médicale est, hélas ! fort loin d'être une science exacte : elle laisse les médecins les plus instruits, les plus experts, les plus prudents, sujets aux plus décevantes erreurs. Ces erreurs sont fréquentes, même lorsque le praticien est aidé dans ses investigations par toute la bonne foi, toute la bonne volonté du malade qu'il examine ; dans quelles difficultés ne se débat-il pas, s'il a affaire à une personne qui l'accueille avec méfiance, avec crainte et qui, au lieu de le considérer comme un ami secourable, le voit survenir avec l'appréhension de l'inculpé qui reçoit la visite d'un juge d'instruction acharné à sa perte ?

Aussi considérons-nous le contrôle médical dans les administrations comme une mission très difficile et infiniment délicate ; pensons-nous que le médecin contrôleur doit jouir d'une complète indépendance, doit être, non un fonctionnaire à la solde de telle ou telle administration, recevant des ordres de tel ou tel chef hiérarchique, mais une sorte de magistrat qui ne défend pas les intérêts de l'Etat ou de l'administration, mais qui est chargé de la haute mission d'imposer, aussi humainement que faire se peut, la justice. Il ne doit dépendre de personne ; il ne doit recevoir d'ordre d'aucun chef, si ce n'est de sa conscience. C'est pour assurer cette indépendance, pour lui permettre de remplir impartialement cette mission que nous désirerions voir ce rôle de médecin-contrôleur rempli par un ancien praticien, désigné à l'élection par des groupements syndicaux de confrères, nommé par le chef de l'Etat, et fort de l'inamovibilité que lui conférerait la Loi.

Nous devons dire que nombre d'administrations confiantes dans la valeur morale du médecin en général, laissent au Docteur, chargé du contrôle des malades, toute latitude dans l'exercice de ses fonctions. Personnellement, nous devons reconnaître que, pendant de longues années, nous avons assuré à Paris le service médical des Postes et Télégraphes, sans recevoir la plus petite instruction capable de

peser sur notre conscience et d'influencer nos décisions.

Mais en est-il toujours et partout ainsi ? Nous le voudrions ; malheureusement, il nous est arrivé, au cours de notre longue carrière syndicale, de constater le contraire. Nous avons vu des chefs d'administration se plaire à donner des instructions aux médecins comme à leurs sous-employés, à les astreindre à un rôle d'espion ou de policier peu compatible avec leur caractère.

Il arrive même que dans son incompréhension un peu naïve de ce que doit être le contrôle médical, tel directeur ne craint pas d'exposer ses idées à ce sujet dans une circulaire officielle.

Et pour qu'on ne puisse pas nous accuser d'exagérer tendancieusement ni de céder à une manie de persécuté, nous relèverons dans un journal bi-mensuel : *Le Trait d'union des fonctionnaires*, une circulaire qui indique de quelle façon M. le Directeur général des Douanes comprend le contrôle médical des malades dans son administration (1). Cette circulaire du 31 mai 1913, que le journal ci-dessus publie *in extenso*, a trait à la répression d'abus que l'on se hâte toujours de généraliser pour légitimer les mesures policières et tracassières. Elle a fait l'objet d'un examen du *groupe de Paris* de l'*Union générale des agents du service sédentaire des Douanes*, lors de son assemblée générale du 7 juillet dernier. Le *Trait d'Union des fonctionnaires* publie le compte rendu de cette assemblée, et nous lui empruntons le passage suivant qui a trait à la circulaire directoriale :

La décision rendue spécialement pour la Douane de Paris prescrit un ensemble de mesures qui constituent un véritable régime d'exception. Ces mesures sont de deux sortes, suivant qu'elles visent les congés appuyés de certificats médicaux ou les absences de courte durée.

« Dorénavant (2), les médecins de l'administration « libelleront leurs certificats en dehors de la présence « de l'agent et l'adresseront directement (on ne dit « pas personnellement) au Directeur. Ils indiqueront « dans cette pièce : *a* — la nature de la maladie de « l'employé ; *b* — si la gravité est réellement de nature à obliger celui-ci à cesser son service ; *c* — si « elle nécessite le départ immédiat de l'intéressé ou si « elle permet au contraire de le retenir à son poste « jusqu'au moment où son absence ne présentera plus « d'inconvénients pour le service.

« Au vu de ces renseignements, le Directeur appréciera si le congé qui lui est demandé doit être délivré, dans quelles conditions de solde et à partir de « quel moment l'intéressé pourra être autorisé à « en profiter. »

Cette décision qui procède d'un double sentiment de suspicion, tant à l'égard des agents qu'à celui du service médical, est inapplicable si on la prend à la lettre, et nous n'avons que trop de raisons de craindre aujourd'hui qu'il en soit ainsi. Nous devons la combattre, parce qu'entre les mains d'un chef dépourvu de bienveillance, elle peut devenir une arme redoutable.

Examinons les principales objections qu'elle soulève :

Tout d'abord, l'intéressé sera laissé dans l'ignorance de la nature du mal dont il souffre (ou de celui que le certificat lui attribuera), tandis que non seulement le Directeur, mais aussi son entourage, y compris le planton, en seront informés. Il serait intéressant de savoir quelle peut être à cet égard l'opinion du syndicat des médecins ; que pensera-t-il des violations du secret professionnel que vont commettre, en quelque sorte par ordre, les médecins de Douane ? Et si l'on réfléchit que, comme tout homme, un Docteur (même de Douane) peut se tromper, qu'il peut attribuer par exemple à l'alcoolisme un malaise dû à toute autre cause, n'est-on pas effrayé des conséquences que pourra entraîner cette sorte de lettre de cachet contre laquelle la victime ne pourra même pas protester, puisqu'elle en ignorera le contenu ?

Insistons sur cette géniale trouvaille administrative, pour en faire bien comprendre toute la véritable portée.

Un autre inconvénient tout aussi grave réside dans l'obligation qui est imposée à l'agent d'attendre la décision du Directeur. C'est en effet ce seul chef qui appréciera si le congé doit être délivré et à partir de quel moment l'intéressé pourra être autorisé à en profiter. Il en résultera que les agents timorés hésiteront, bien que réellement souffrants, à interrompre leur service avant d'être couverts par l'autorisation directoriale ; celle-ci, ne pouvant être rendue que dans les délais nécessités par l'enquête, risquera en certains cas de parvenir aux malheureux patients, alors qu'ils pourront être enterrés depuis plusieurs jours et délivrés par conséquent de leurs misères douanières, y compris les foudres dont on nous menace.

En l'absence d'indication sur la sentence prononcée par le Docteur-officiel, ils n'auront même pas la ressource d'en appeler à un autre médecin, au cas où celui de l'Administration, faillible, avons-nous dit, aura cru à tort s'être trouvé en face d'un simulateur. Les méfaits d'une telle procédure atteindront bien plus sûrement les agents sérieux qui pêchent par excès de conscience, que ceux qu'on prétend vouloir poursuivre et qui, eux, ne seront pas arrêtés par ces scrupules.

Dans tous les cas, ce qui est certain, c'est qu'à partir de ce jour, le recours au Médecin de la Douane doit être gratuit. Ce praticien n'étant plus que le mandataire de l'Administration, agira uniquement dans l'intérêt de cette dernière. et non plus dans celui de l'employé soumis à son examen.

Exiger une taxe quelconque pour la délivrance d'un certificat que l'agent ne verra même pas, constituerait le plus flagrant des abus, beaucoup plus évident que ceux que l'on entend combattre ; par suite,

(1) *Le Trait d'union des fonctionnaires*, 20 décembre 1913, quatrième année, n° 94. Administration et rédaction, Paris, 17, rue des Ecoles.

(2) Dit la circulaire du 31 mai 1913 dont le passage entre guillemets est une citation textuelle.

nous engageons vivement nos camarades à se refuser d'en acquitter le montant.

Gratuité de l'intervention du Médecin, voilà donc ce qui s'impose et qu'il nous faut obtenir sans retard.

Il serait difficile à un médecin, soucieux tant soit peu de son indépendance et de sa dignité, de ne pas approuver en tous points les commentaires que le groupe de Paris de l'Union des Agents des douanes a cru faire de la Circulaire Directoriale.

Nous pensons qu'il ne serait pas sans intérêt d'entendre discuter avec ampleur par les Syndicats médicaux (comme les Agents des douanes les y convient) quel doit être rôle du médecin contrôleur dans les grandes administrations.

Mais, en outre, cette protestation, insérée dans le *Trait d'Union des fonctionnaires*, organe de défense des intérêts professionnels des employés de l'Etat, des départements et des communes, a pour nous une importante signification. Elle démontre, après beaucoup d'autres, que l'Etat français se transforme et évolue. Elle est un des prodromes de l'avènement du syndicalisme qui sera un jour, qu'on le veuille ou non, le frein le plus puissant mis aux caprices des hautes autorités administratives.

Après avoir exposé notre histoire politique, de 1814 à 1894, M. Ch. Seignobos conclut, dans un de ses livres les plus intéressants (1), que la France est *gouvernée* par un personnel politique démocratiquement élu, et *administrée* par un personnel bureaucratique dont les chefs sont indépendants même de l'opinion publique. Ces deux personnels tirent leur autorité de deux principes opposés. Le personnel politique, délégué d'en bas et temporaire, cherche à satisfaire les électeurs. Le personnel des fonctionnaires, exerçant un pouvoir conféré par en haut et pratiquement viager, voit dans chaque citoyen un *administré* qu'il faut maintenir étroitement soumis aux règlements et à l'autorité

Les gouvernements monarchiques empêchaient les conflits, en assurant la prépondérance de la bureaucratie. Avec le régime démocratique, le conflit devient permanent.

Les administrations sont, en France, souveraines, car si en théorie on a recours contre elles devant les tribunaux administratifs, en pratique les difficultés que rencontre un citoyen pour saisir ces tribunaux, les frais qu'il faut engager et la longueur de la procédure, rendent ce recours illusoire. Seul, le parlementaire peut s'opposer à la tyrannie des administrations en s'ingérant dans leurs affaires lors de la discussion du budget, et en intervenant brutalement, un peu comme les tribuns du peuple à Rome, par le droit d'interpellation.

De sorte que l'on pourrait dire avec quelque justesse que le régime politique de la France est une *bureaucratie absolue*, en fait, *tempérée* en pratique par l'*ingérence*, constitutionnellement abusive, des députés dans l'administration, et leur droit d'*interpellation* .

Or, un nouveau pouvoir se lève, qui tempérera bien plus efficacement et plus équitablement l'autocratie bureaucratique que l'interpellation et que l'ingérence des députés dans l'administration, ingérence souvent abusive lorsqu'elle vise à la satisfaction des appétits des grands électeurs : ce pouvoir est le syndicalisme. Nous pouvons chaque jour constater de plus en plus ses heureux effets sur l'évolution de l'Etat et de ses administrations ; grâce à lui, les injustices deviennent moins fréquentes, les actes d'arbitraire plus exceptionnels ; et cela en dépit des défenseurs des principes sacro-saints qui s'effritent, et qui, un jour prochain, feront place à d'autres, mieux adaptés à la vie actuelle et plus respectueux des intérêts et des droits de chaque citoyen.

J. Noir.

(1) Seignobos. — Histoire politique de l'Europe contemporaine (Paris, A. Colin et Cie, édit. 1897).

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Conférence de M. le Dr Thibierge,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Le traitement des prurits.

Vous ne m'avez pas, je pense et j'espère, prêté la prétention de traiter en une seule conférence toute la question du traitement des prurits. Ce serait de ma part une sorte de mégalomanie. Je me propose un but plus modeste : vous rappeler les bases générales de la thérapeutique des prurits, les méthodes les plus couramment employées, en insistant sur celles dont j'ai le mieux l'expérience et sur celles qui sont de connaissance plus récente.

L'étude du traitement des prurits comporterait plusieurs chapitres, la définition des affec-

tions prurigineuses, le traitement du prurit en général et le traitement de chaque variété de prurit en particulier. Je m'occuperai du traitement du prurit en général, vous indiquant toutefois, chemin faisant, les moyens utilisables dans certaines formes spéciales de prurit.

Il est peu d'affections cutanées qui ne s'accompagnent de prurit, parfois intense. Aussi, est-ce de tous les symptômes, celui dont les malades demandent avant tout la disparition. Les malades ont raison et triplement raison. Le prurit est, en effet, un phénomène extrêmement pénible, souvent intolérable lorsqu'il persiste. Il entrave, d'autre part, le sommeil, car il est la plupart du temps perçu la nuit. L'entrave au sommeil amène de l'amaigrissement et une exagération de l'état nerveux. Le prurit, enfin, cause pour son compte des lésions cutanées irritatives qui persistent après sa disparition. Vidal, Brocq et Jacquet ont insisté sur ce point.

Les prurits se produisent dans des conditions variées. Il en est qui accompagnent des lésions cutanées, comme l'eczéma, le lichen ; d'autres qui sont indépendants de lésions de la peau. Il y a une série de prurits toxiques dont le type est le prurit sénile. On voit des vieillards qui ont, par insuffisance de leurs émonctoires, un prurit tenace troublant péniblement la fin de leur existence. Il y a des prurits sans lésions auxquels se joignent, à l'occasion de grattages, des lésions de lichénification, d'eczématisation. Il y a enfin des prurits parasitaires dont je ne dirai rien, car leur traitement est celui de la maladie causale (gale, phtiriase).

Les causes du prurit sont variables. On peut cependant les ranger toutes dans deux catégories, les causes toxiques et les causes nerveuses, d'où la double indication de combattre les intoxications et les phénomènes nerveux.

Vous rencontrerez des intoxications de trois ordres : alimentaires, médicamenteuses et auto-intoxications dépendant d'une insuffisance des organes de dépuration. L'intoxication alimentaire amènera à supprimer les aliments qui la provoquent. Nous connaissons un grand nombre d'aliments qui déterminent du prurit, mais on ne saurait en dresser une liste applicable à tous les cas, car il est des sujets sensibles à certaines substances et d'autres sensibles à d'autres substances. L'un, qui a une poussée avec du poisson, n'en aura pas avec les fraises ; chez l'autre, ce sera tout le contraire. Il est à ce point de vue des idiosyncrasies particulières nombreuses. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'un certain nombre d'aliments sont, d'une manière générale, susceptibles de déterminer du prurit. Les plus communs sont : les poissons, poissons de mer surtout, les conserves de viande, les salaisons, la charcuterie, le gibier, les épices, le vinaigre, les choux-fleurs, les choux, l'oseille, les fromages, les fraises, les groseilles. Un aliment dont il faut se méfier est l'œuf. Il est des personnes qui ne peuvent pas manger d'œufs, même frais, sans avoir une poussée d'urticaire. Chez d'autres, ce sont les œufs de conserve qui provoquent cet accident. On se méfiera donc des œufs, chez les prurigineux. Parmi les boissons, on déconseillera le vin pur, les liqueurs, le café, le thé et le chocolat. On doit interdire le café à tous les malades atteints de prurit. C'est un point bien mis en relief par Brocq. Vous verrez en effet une simple tasse de café réveiller un prurit.

Il faut penser aux intoxications médicamenteuses. La plus classique est peut-être celle de l'antipyrine. L'opium détermine aussi du prurit, quelquefois, surtout quand le filtre rénal est altéré. De même, la morphine. Je ne parle qu'accessoirement du prurit de la cocaïne qui s'accompagne de cette sensation bizarre de pénétration de corps étrangers (de parasites) dans la peau.

Ce qui est plus difficile encore, c'est la recherche des auto-intoxications. Elle demande un examen général soigneux. On étudiera comment se fait la dépuration. Les urines seront analysées. Si leur quantité est insuffisante, on recourra aux diurétiques. Si l'excrétion chlorurée est imparfaite, on réduira la quantité de chlorure de sodium ingéré. On tiendra grand compte de la glycosurie. Vous connaissez le prurit que l'on voit, au début de diabète, au niveau des organes génitaux, chez la femme principalement. Il existe aussi un prurit général, et rebelle, chez le diabétique.

On doit rechercher les altérations possibles du foie. Je ne parle pas du prurit ictérique, dont la signature saute aux yeux. Il est des sujets atteints de prurit, dont le foie fonctionne mal et chez lesquels il y a intérêt à agir sur cet organe. Les Anglais donnent volontiers du calomel aux prurigineux. Ce n'est pas tout, vous aurez à prendre en considération l'intoxication digestive, les troubles gastriques et intestinaux. Un grand nombre de ces malades bénéficieront d'une médication anti-fermentescible des voies digestives, des purgatifs, des ferments lactiques, des antiseptiques intestinaux, calomel, bétol. Les troubles utérins sont également susceptibles de déterminer du prurit. On peut observer celui-ci à la ménopause. Les préparations ovariennes sont, en ce cas, indiquées.

J'arrive à l'élément nerveux. Il est quelquefois considérable. Dans un grand nombre de prurits persistants, il faut calmer le système nerveux. Vous conseillerez la vie au grand air, à la montagne, dans le Midi, l'hiver, dans des climats sédatifs. On ne vient à bout de certains prurits que par cette cure sédative. Parmi les calmants nervins, on peut essayer la valériane, qui réussit d'ailleurs assez médiocrement. Le chloral, les

bromures, l'opium, l'antipyrine, ne seront que des médicaments d'occasion. On peut les prescrire pendant deux ou trois jours pour ramener le sommeil ou calmer une grande irritabilité nerveuse, mais on n'en fera jamais un usage prolongé, car ils sont susceptibles d'exagérer le prurit.

L'acide phénique, en pilules, à la dose de 0 gr. 05 à 0 gr. 30, modifie utilement certains prurits de causes diverses. On peut y recourir à condition de surveiller son élimination, en le supprimant si les urines deviennent noires, indice d'intoxication. On a préconisé, dans ces dernières années, le chlorure de calcium. Je l'ai donné dans les prurits rebelles, mais je n'ai pas obtenu de résultat. Son action m'a paru, également, peu avantageuse dans l'urticaire chronique, où il est inférieur au sulfate de quinine. Un produit, que vous serez peut-être étonné de voir apparaître ici, a été remis en honneur : je veux parler de la vulgaire magnésie. M. Brisson a préparé une solution isotonique de sel magnésien qui m'a procuré plusieurs fois des résultats remarquables dans les prurits douloureux.

Je passerai rapidement sur l'hydrothérapie. Un certain nombre de stations thermales ont des effets calmants sur le prurit, par la température, l'état de l'eau, et aussi les conditions hygiéniques de la cure : ce sont Néris, Plombières, Saint-Gervais et La Bourboule. Quant à l'hydrothérapie proprement dite, on pourra recommander la douche tiède, à température indifférente, dont l'action est sédative. Les bains ont des effets variables. Il est des patients soulagés par les bains, d'autres qui se trouvent mal, même de bains de son et de tilleul. Il faut tâter le sujet et, si le prurit n'est pas calmé, cesser la balnéation.

L'électricité a été appliquée, dans ces dernières années, avec ferveur, sous forme d'électricité statique, d'effluves de haute fréquence, etc. Elle paraît quelquefois réussir ; d'autres fois, elle ne donne rien. Je crois qu'il y a beaucoup de suggestion dans ses effets. Je m'oppose, en tout cas, à la radiothérapie et à la radiumthérapie, vantées contre les prurits localisés. La radiothérapie peut produire des radiodermites qui, venant se superposer au prurit, le rendent plus tenace.

A propos du traitement général, j'ai encore à vous parler d'une pratique qui va peut-être vous paraître singulière en l'espèce : c'est la ponction lombaire. Depuis huit ans, je l'ai faite un grand nombre de fois pour des prurits, et je considère qu'elle doit être employée dans certains cas. Nous avons été mis sur la voie de ce traitement, M. Ravaut et moi, d'une façon fortuite. Etudiant le lichen de Wilson, je me demandai si nous ne trouverions pas la clef de cette affection dans la ponction lombaire. Je priai M. Ravaut, un jour, de pratiquer une ponction lombaire sur une femme atteinte de lichen de Wilson récent, avec prurit intense. Disons-le tout d'abord, l'étude du liquide céphalo-rachidien est restée sans intérêt quant à la maladie elle-même. Mais, à la suite de la ponction, chez cette malade, le prurit fut calmé totalement et définitivement. Même résultat dans un second cas que nous observions quinze jours plus tard. Mis en éveil par ces deux observations, je me demandai s'il n'y avait pas dans la ponction lombaire un moyen de guérir le prurit. Vint alors à l'hôpital un homme atteint de psoriasis avec prurit violent, causant, depuis six années, de l'insomnie. Je le ponctionnai, et, le lendemain matin, cet homme me déclara avoir parfaitement dormi.

La ponction lombaire agit d'une façon merveilleuse dans le lichen exanthématique suraigu, récent, très prurigineux. Toutes les fois que l'on voit, dans un lichen, un prurit intense, on doit considérer la ponction lombaire comme indiquée et la répéter au besoin au bout de 8 à 10 jours. Elle ne donne rien dans l'urticaire, mais je l'ai vue améliorer beaucoup de prurits localisés, anal et vulvaire. Lorsqu'on est en présence de sujets atteints de prurit pénible et que l'on a essayé les médications topiques et autres sans résultat suffisant, la ponction lombaire est un mode de traitement auquel on peut avoir avantageusement recours. Elle n'offre pas d'inconvénient sérieux. Ses accidents possibles (vertiges, céphalée, vomissements) ne sont pas graves, ne durent pas et peuvent être diminués avec de l'opium. La quantité de liquide à extraire ne sera pas considérable ; 3 à 4 centim. cubes agissent aussi bien que 10 à 12. On restera sur les quantités faibles de 4, 5, 6 centim. cubes.

Après cette digression sur la ponction lombaire, je vais vous exposer le traitement externe des prurits. On a employé à peu près tout dans cette médication externe. Les lotions acides, solutions de thymol, d'acide phénique, solutions vinaigrées, mentholées, calment le prurit. On les appliquera chaudes. Si quelques malades se trouvent mieux des lotions froides, la plupart au contraire retirent de meilleurs effets des lotions chaudes. Des poudres inertes nombreuses ont été utilisées. La meilleure de toutes est la poudre d'amidon. Le talc, le sous-nitrate de bismuth, la poudre de lycopode, réussissent moins bien. Des poudres calmantes ont été essayées. La nisaméline (guaco) améliore quelquefois. La cocaïne ne procure aucun bon résultat. On a cru trouver une panacée dans l'orthoforme. Si la poudre d'orthoforme calme, elle est elle-même une cause de prurit secondaire, car elle est irritante.

On formulera des pommades épaisses, des pâtes. Ce principe a été mis en lumière par Lassar (de Berlin), le créateur des pâtes dermatothérapiques. Un prurit se calme quand on le met à l'abri de l'air. La simple occlusion l'amende. Les

pâtes sont déjà un élément d'occlusion. La pâte de Lassar est composée d'acide salicylique, d'oxyde de zinc, d'amidon et de vaseline. On peut y ajouter du menthol, de l'acide phénique. L'huile mentholée au vingtième ou au dixième a une action calmante remarquable — mais passagère — sur le prurit. On peut incorporer 0 gr. 50 à 1 gr. de menthol dans 100 gr. de pâte de Lassar. L'acide phénique a une action plus persistante, mais il peut être toxique et on ne l'emploiera qu'avec précaution et dans les prurits aigus seulement.

On a recommandé en Allemagne le tuménol, bon anti-prurigineux, à ajouter (10 p. %) à la pâte de Lassar. Il calme bien, mais a pour inconvénient sa couleur. La pâte de Lassar, blanche, n'est pas salissante ; la pâte au tuménol est gris foncé.

L'ichthyol en pommade diminue certains prurits. L'huile de cade, le goudron, également, mais d'une façon assez variable. Le salicylate de méthyle calme ; il a l'inconvénient de pouvoir provoquer une irritation artificielle et d'avoir une odeur pénétrante. L'acide tartrique a été vanté, comme anti-prurigineux, par Widal, qui employait une pommade composée de 1 à 3 gr. d'acide tartrique pour 30 gr. de glycérolé d'amidon. Je n'en suis pas très partisan, car son action, quelquefois sédative, est d'autres fois irritative.

Dans les prurits localisés, on peut employer l'emplâtre à l'oxyde de zinc, plus rarement l'emplâtre rouge de Widal : c'est un bon moyen d'isolement de la peau.

Je ne vous ai pas tout énuméré. Vous voyez combien sont nombreux les traitements préconisés contre les prurits. Dans les prurits généralisés, vous aurez surtout recours aux médications internes et aux pâtes. Dans les prurits localisés, vous vous adresserez aux agents modificateurs. Dans le prurit anal ou vulvaire, par exemple, il est bon de ne pas se contenter de la pommade à l'oxyde de zinc et de recourir aux agents plus énergiques, comme les badigeonnages au nitrate d'argent, et même le crayonnage au nitrate.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

Congrès des Praticiens, 27, 28, 29 Mai 1914. — Les rapports seront publiés et envoyés à tous les adhérents avant le Congrès ; les volumes de comptes rendus leur seront délivrés après le Congrès.

La cotisation est fixée à 10 frs. Elle donne droit aux volumes des Rapports et des Comptes rendus.

Adresser tout ce qui touche au Secrétariat : au secrétaire général du Comité, 28, rue Serpente, à Paris.

Envoyer les adhésions au Trésorier : Docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, à Paris.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : Président : Dr Dubuisson. Secrétaires : Drs Leredde et Lafontaine. Trésorier : Dr Quidet.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon : Service du Professeur JABOULAY.

(Leçon de M. le Professeur agrégé PATEL).

Sclérose pylorique d'origine ulcéreuse (1).

Je vous présente une malade intéressante, tant par son histoire antérieure que par l'intervention que nécessite son état actuel.

Elle est âgée de 35 ans et vient à l'hôpital pour des troubles gastriques.

Antécédents. — On ne trouve rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle a eu la fièvre typhoïde à cinq ans, la rougeole à douze ans. Réglée à 15 ans, elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

La maladie a commencé à l'âge de vingt-deux ans par des douleurs gastriques, sensation de crampes, de brûlures, aigreurs qui l'obligeaient à se coucher au moment des repas. Elle suivit un traitement médical, eau chloroformée, lavages d'estomac quotidiens, médication alcaline et régime très sévère.

Malgré ce traitement, les troubles furent tenaces. Depuis cinq ans elle vomissait tous les trois jours et trouvait dans ses vomissements des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant, quand M. Bouveret, que la malade alla consulter, fit le diagnostic d'ulcère de l'estomac avec sténose pylorique, et l'envoya chez le professeur Jaboulay.

Il y a douze ans, le 17 avril 1901, on pratiqua la pyloroplastie, incision transversale du pylore, élargissement de l'orifice et suppression de l'ulcère. Les suites furent excellentes, la malade guérit opératoirement et pendant huit ou neuf ans, elle se porta bien.

Symptômes fonctionnels. — Aujourd'hui, la situation est changée ; depuis deux ans, cette malade souffre à nouveau de son estomac, ses digestions sont pénibles, elle ressent une douleur plus nette, n'ayant pas les caractères de la douleur en broche. Malgré un nouveau traitement médical, elle revient en chirurgie et demande une nouvelle intervention.

Elle a aujourd'hui trente-cinq ans, elle est maigre, sèche, mais n'a pas l'allure cachectique. Elle a perdu en peu de temps sept kilogs et ne pèse plus que trente-cinq kilogs. Elle accuse des troubles fonctionnels variés, des vomissements continus depuis deux mois, vomissements ne survenant pas immédiatement après le repas,

(1) Leçon recueillie par M. Naz, interne des hôpitaux.

ne dépendant donc pas d'intolérance gastrique, ni de spasme de l'estomac. Dans ces vomissements, très abondants, se trouvent des aliments ingérés depuis deux ou trois jours, signature de la sténose pylorique.

Parmi les symptômes moins importants nous notons de la constipation, due au mauvais fonctionnement de l'estomac. Le foie, la rate, les poumons, le système nerveux et l'appareil urinaire sont normaux. Les symptômes gastriques exceptés, l'état de la malade est donc assez bon.

Symptômes physiques. — A l'examen, on trouve une cicatrice sus-ombilicale, trace de la première intervention ; en un point de cette cicatrice, on sent une petite déhiscence, due probablement à un catgut qui a lâché.

La palpation est douloureuse en ce point, et si la malade pousse, on sent quelque chose sortir par cet orifice ; est-ce de l'estomac, de l'intestin ou de l'épiploon ? On ne peut le savoir. La cure radicale de cette hernie sera faite lors de l'intervention.

Le ventre est plat, excavé, un peu en bateau. Lorsqu'il y a un ou deux jours que la malade n'a pas vomi et qu'un nouveau vomissement se prépare, on voit à jour frisant l'estomac se soulever, faire bomber la paroi au voisinage de l'ombilic. C'est la tension intermittente du pylore, phénomène similaire du péristaltisme de l'occlusion intestinale.

A la palpation, on sent peu de chose ; on arrive immédiatement sur la colonne vertébrale et on perçoit les battements exagérés de l'aorte. Correspondant à la partie inférieure de l'estomac, on sent une masse dure, sans doute des matières fécales accumulées dans le côlon transverse. Du côté du pylore et dans les hypochondres, le palper est négatif.

La palpation avec les deux mains donne un clapotage violent qui descend très bas, dénotant la présence de liquide séjournant dans le bas-fond stomacal.

A la percussion, on a une zone de sonorité avec timbre hydroaérique, qui va du VIe espace intercostal à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pubis.

L'insufflation gastrique n'a pas été pratiquée, de même la radioscopie, qui sans doute aurait donné peu de résultats et aurait eu l'inconvénient de nécessiter l'ingestion de soupe bismuthée. Le chimisme stomacal n'a pas été fait.

L'examen pulmonaire et cardiaque est négatif ; on n'observe ni œdème des jambes, ni ganglions inguinaux sus-claviculaires et axillaires.

Les phénomènes de sténose pylorique sont donc très nets et les vomissements caractéristiques ne permettent pas l'hypothèse de spasme ou d'intolérance gastrique, pas plus que lors de la première intervention.

Diagnostic étiologique. — Quelle est la cause de cette sténose ?

Les sténoses congénitales par malformations du pylore sont une rareté. Rien dans l'histoire de la malade ne peut faire penser à de la tuberculose péritonéale avec adhérences. Seraient-ce des ganglions qui compriment le pylore ? On ne sent rien. La malade aurait-elle des phénomènes biliaires, de la cholécystite avec péricholécystite et adhérences ? On ne trouve rien du côté du foie ni de la vésicule. On pourrait penser à une dislocation de l'estomac donnant une coudure du pylore. Il ne s'agit pas non plus d'un rétrécissement cicatriciel, puisqu'il n'y a pas eu ingestion de caustiques.

Il nous reste deux hypothèses à discuter : le néoplasme et l'ulcère.

La malade est amaigrie, mais n'est pas cachectique, l'absence de melœna et d'hématémèses éloigne la possibilité d'un cancer primitif du pylore.

Il faut rattacher l'affection actuelle à l'affection ancienne, l'ulcère du pylore traité par pyloroplastie il y a douze ans et qui a récidivé. Sachons bien que l'ulcère du pylore récidive facilement à cause de sa situation au niveau d'un orifice rétréci qui livre passage à tous les aliments ; de plus, la pyloroplastie par elle-même favorise les récidives.

Quelles sont les lésions que nous trouverons lors de l'intervention ? Un pylore très épais, induré, avec des adhérences considérables dues à la périgastrite et à la péritonite péripylorique. Autant de lésions qui renforcent la sténose.

Critique de la pyloroplastie. —Nous conclurons donc à une sténose pylorique consécutive à un ulcère déjà opéré par pyloroplastie.

Que penser de la pyloroplastie après cette récidive ? C'est une opération en théorie très séduisante. On pratique une incision longitudinale suivant le grand axe du pylore, on rapproche les deux extrémités de l'incision de façon à la rendre transversale en faisant une sorte de losange

C'est l'opération imaginée en 1886 par Heineke, reprise l'année suivante par Mikulicz et qui depuis ce temps, porte le nom d'opération d'Heineke-Mikulicz. Cette opération est destinée à supprimer la sténose pylorique en augmentant le calibre du pylore. Par l'incision, on peut enlever l'ulcère, c'est-à-dire faire une cure radicale

Il y a douze ou quinze ans cette opération était classique. Les résultats opératoires immédiats ne sont pas des plus satisfaisants ; Mayo Robson compte une mortalité de quinze % dans une statistique portant sur 318 cas, mortalité qui, avec l'asepsie et la technique habituelles, tomberait à quatre ou cinq %.

C'est une opération dangereuse par elle-même ; simple en apparence, elle est complexe en réalité ; elle porte sur des tissus durs, dans un milieu de périgastrite ; on a peu de place pour transformer l'incision longitudinale en incision transversale. La suture est imprécise, car les tissus sont mâchés, et on ne peut repéritoniser.

L'opération supprime-t-elle l'ulcère ? Non, ou tout au moins elle ne supprime pas tous les ulcères. Elle est efficace dans l'ulcère fissuraire qui siège sur la face antérieure du pylore et qui est très petit. Quand l'ulcère siège à la face postérieure, l'incision ne permet pas de l'enlever.

La sténose elle-même n'est pas toujours supprimée. C'est donc une opération dangereuse par ses suites immédiates et qui a des résultats éloignés insuffisants et incertains.

A l'heure actuelle, l'opération d'Heineke-Mikulicz est très peu employée, bien qu'il y ait cinq à six ans encore, les médecins en aient été très partisans.

Nous ne ferons pas de pyloroplastie chez notre malade ; cependant il faut supprimer cette sténose confirmée, rebelle au régime et à la médication.

La gastro-entérostomie. — Nous ne pratiquerons pas la pylorectomie, opération grave et longue, plutôt réservée au cancer ; nous préférons une opération portant sur la partie saine de l'estomac, une opération bénigne parce qu'elle se fait en tissus sains, sans toucher à l'ulcère, c'est la gastro-entérostomie transmésocolique ; c'est l'opération de choix pour la sténose ; elle draine l'estomac par sa face postérieure ; la mortalité opératoire est nulle.

La gastro-entérostomie guérit-elle l'ulcère ? C'est une question délicate à régler et très controversée. Pour les uns, elle est inefficace, pour d'autres, elle guérit, pour d'autres enfin ses résultats ne sont bons que lorsque l'ulcère a son siège nettement pylorique. En définitive, c'est une opération inoffensive qui améliore beaucoup l'ulcère, surtout l'ulcère pylorique.

Nous emploierons le procédé classique, la gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. On relève l'estomac et le côlon transverse, on arrive sur la face postérieure de l'estomac en pratiquant une ouverture dans le mésocôlon. On va à la recherche de la première anse grêle en suivant la colonne vertébrale et en se répérant sur l'angle duodéno-jéjunal.

Chez les ulcéreux, les uns préconisent les sutures, d'autres emploient le bouton, ce sont là des préférences personnelles. Ici, nous emploierons le bouton du professeur Jaboulay.

Certains chirurgiens ont dit qu'après la gastro-entérostomie, les aliments passent à la fois par la bouche nouvelle et par le pylore. Comment empêcher le passage des aliments sur l'ulcère ? On a pratiqué l'exclusion du pylore par la section de l'estomac ; quelques chirurgiens ont trouvé cette méthode complexe et se sont contentés de placer un fil sur l'estomac. Le grand reproche fait à cette méthode est que le fil ne sert à rien puisqu'il se résorbe.

Conclusion. — Chez notre malade, si les choses se présentent bien, si la face postérieure de l'estomac est peu adhérente, on pratiquera l'exclusion du pylore ; mais avant tout on fera une gastro-entérostomie postérieure au bouton pour permettre à la malade de s'alimenter, reprendre ses forces et guérir, nous le croyons, complètement.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le fluor dans l'organisme. — Emétine et hémoptysies. — Parotidite au cours d'une cure de repos d'un ulcère de l'estomac. — Sérothérapie massive de tétanos. — Tuberculose cavitaire du nourrisson. — Le réflexe oculo-cardiaque dans le tabès. — La notion de méningite dans le traitement de la syphilis. — Les glandes à sécrétion interne et le système pilaire. — Réaction d'Abderhalden chez les épileptiques. — Vaccinothérapie anti-typhique. — Le réflexe oculo-cardiaque dans les tachycardies permanentes sans arythmie. — Cancer primitif de la vésicule biliaire à forme hépatique fébrile. — Rupture dans le péricarde d'un anévrysme aortique. — Hémorragie cérébrale chez l'enfant.

M. Armand GAUTIER fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *le fluor de l'organisme.*

La présence du fluor dans l'organisme fut signalée autrefois par Morichini, Proust et Berzélius qui trouvèrent ce corps dans le tissu osseux et l'émail des dents. Reprenant la question à l'aide d'une méthode de dosage perfectionnée et très sensible, M. A. Gautier a pu établir que tous les organes de l'animal contenaient du fluor, mais en proportions très variables. On admet assez généralement que le fluor joue un rôle physiologique accessoire et communique simplement aux tissus la résistance à l'effort. Cette hypothèse, toutefois, n'explique pas la présence constante de cet élément dans toutes les cellules vivantes. M. Gautier a constaté un certain degré de parallélisme entre le fluor et le phosphore de l'économie, ce qui pourrait permettre de penser que le fluor intervient dans l'assimilation phosphorée.

— M. CHAUFFARD présente à l'*Académie de médecine*, au nom de MM. AUBERT et BOUYER fils, un travail intitulé : *Emétine et hémoptysies.*

On sait que MM. Flandin et Joltrain ont publié une série d'observations d'hémoptysies tuberculeuses (la plupart provenant du service de M. Chauffard) rapidement enrayées par les injections de chlorhydrate d'émétine à la dose moyenne de 4 à 6 centigr.

Le cas relaté par MM. Aubert et Bouyer concerne une catégorie différente d'hémoptysies. Ces hémoptysies survinrent chez une jeune fille à la suite d'un processus broncho-pneumonique. Elles étaient abondantes et résistantes au traitement. Elles cessèrent dès la première injection de 2 centigr. d'émétine.

— MM. Le Noir et Gardin rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *parotidite pendant la cure de repos d'un ulcère simple de l'estomac.*

La parotidite est une complication rare de l'ulcère d'estomac. Elle n'a guère été signalée qu'à l'étranger en Allemagne et en Angleterre. MM. Le Noir et Gardin viennent d'en observer un cas survenu pendant la cure de l'ulcus gastrique. Le malade avait eu une grande hématémèse et il était au jeûne absolu, quand la parotidite double se produisit.

La parotidite de la cure de repos de l'ulcère hémorrhagique ressemble, par sa pathogénie, à la parotidite post-opératoire ; elle peut être rapprochée également de la parotidite des sujets déshydratés et des aliénés sitiophobes. Les pertes sanguines abondantes, la suppression de l'alimentation buccale, le « jeûne oral » commandé par l'hématémèse, favorisent la lésion parotidienne.

M. Barié rappelle qu'il a signalé, en 1906, une observation de parotidite double suppurée au cours d'un cancer de l'estomac. Cette complication exceptionnelle se rencontre chez les malades dont l'anorexie est extrême et qui refusent toute alimentation.

— MM. Josué, Godlewski et Belloir reviennent, à la *Société médicale des hôpitaux*, sur la question des *injections massives de sérum dans le traitement du tétanos.*

Ces auteurs relatent deux cas de tétanos grave qu'ils ont traités en 1912 et 1913 par des doses massives de sérum anti-tétanique et qui se sont terminés tous deux par la guérison. Le premier malade a reçu 980 centim. cubes de sérum en 21 jours et le second 850 centim. cubes en 27 jours. La dose quotidienne a été de 40 à 50 centim. cubes en une seule fois, au début, dose qui a été diminuée lorsque l'amélioration a paru certaine. La voie d'introduction a été sous-cutanée pour presque toutes les injections. Deux fois seulement l'injection fut faite dans les veines, sans donner de meilleurs effets et en déterminant, par contre, une réaction fébrile assez marquée. Il n'y a pas eu de troubles ana phylactiques sérieux. Le traitement habituel (chloral à hautes doses, repos, silence) fut employé concomitamment.

MM. Josué, Godlewski et Belloir pensent qu'en pareil cas, il y a lieu de faire un traitement intensif et de répéter les injections tant que le malade offre des manifestations tétaniques, si légères soient-elles. Ils ne faut pas se laisser arrêter par la crainte des accidents sériques.

— M. Ribadeau-Dumas présente à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur la *tuberculose cavitaire du premier âge.*

On a considéré les cavernes tuberculeuses comme extrêmement rares chez le nourrisson. Il n'en est rien et M. Ribadeau-Dumas a pu en observer, à l'autopsie d'enfants âgés de un à vingt-quatre mois, 22 cas. Mais, si les cavernes sont anatomiquement fréquentes, elles passent en clinique habituellement inaperçues. Leur diagnostic est, en effet, des plus difficiles. L'insuffisance des moyens habituels d'examen clinique existe non seulement pour les lésions moins avancées de tuberculose du nourrisson, mais encore pour les cavernes déjà volumineuses. On note assez rarement quelques râles, pas de souffle en général. La radiologie est le mode d'exploration qui offre le plus de valeur en pareille circonstance.

—MM. Loeper et Mougeot signalent, à la *Société médicale des hôpitaux, l'abolition du réflexe oculo-cardiaque dans le tabès.*

Le réflexe oculo-cardiaque consiste, on le sait, en ceci : la compression des globes oculaires, après un temps perdu de deux ou trois secondes au plus, amène un ralentissement du rythme cardiaque d'environ 8 pulsations par minute. La compression terminée, la fréquence du pouls revient à sa valeur initiale.

Après divers auteurs, MM. Loeper et Mougeot ont recherché l'état de ce réflexe dans le tabès. Ils l'ont trouvé totalement aboli chez 19 tabétiques sur 21 et presque entièrement aboli chez les deux autres. Ils concluent que l'abolition du réflexe oculo-cardiaque est la règle dans le tabès et mérite de prendre place dans la séméiologie de cette maladie, à côté de l'abolition des autres réflexes, achilléens, patellaires, pupillaires, etc. L'abolition du réflexe oculo-cardiaque, toutefois, ne suffit pas à affirmer le tabès, car elle s'observe quelquefois au cours d'autres maladies.

— MM. Jeanselme, Vernes et Marcel Bloch présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur l'*importance de la notion de méningite pour le traitement de la syphilis.*

Ces auteurs estiment que, pour la conduite du traitement de la syphilis, il faut chercher à dépister dès le début, à la période secondaire, les indices de réaction méningée. La ponction lombaire est particulièrement indiquée à cet effet.

M. Jeanselme a vu, chez une de ses malades, une méningite secondaire négligée être suivie, cinq ans après, de symptômes de paralysie générale. Pour M. Jeanselme, il est nécessaire de s'assurer, chez tous les syphilitiques, et dès la période secondaire, que les méninges ne sont pas touchées. Toute réaction méningée doit être traitée avec persévérance jusqu'à disparition de tous les signes d'activité syphilitique, à savoir : le Wassermann dans le sang, la lymphocytose, l'hyperalbuminose et le Wassermann céphalo-rachidien.

— M. Léopold-Lévi fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *rôle de l'appareil endocrine (corps thyroïde, ovaire, testicule, etc.)* dans le *développement du système pilair*

✦✦✦

L'appareil endocrine, dit M. Léopold-Lévi, influence le système pileux. Le corps thyroïde a une action essentielle sur la chevelure, les cils et les sourcils. L'ovaire et le testicule agissent sur les poils du pubis et des aisselles. Le testicule tient en outre, sous sa dépendance directe, les poils du corps, la barbe et la moustache. Quant à l'hypophyse et à la surrénale, elles interviennent indirectement (par l'intermédiaire du testicule) sur les poils du corps, exclus les cheveux, cils et sourcils.

Chez les eunuques, on voit une indigence des poils du corps, mais pas de calvitie. Dans l'insuffisance testiculaire liée à la sénilité, on note aussi un bon état de conservation des cheveux. M. Sabouraud, dans le même ordre d'idées, a signalé la repousse, chez des vieillards, chauves depuis longtemps, de cheveux grêles sur le vertex.

L'hyperorchidie exagère le développement de la barbe et parfois des poils du corps ; elle entraîne d'autre part, de la calvitie. Le satyre est représenté ainsi chauve et hirsute. L'hyperorchidie provoquerait la chute des cheveux par action synergique sur la thyroïde.

— MM. LERI et VURPAS rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* le résultat de leurs recherches sur la *réaction d'Abderhalden chez les épileptiques.*

Ces auteurs ont étudié la réaction d'Abderhalden vis-à-vis de l'albumine cérébrale chez 25 épileptiques des services de M. Pierre Marie, à la Salpêtrière, et de M. Vurpas, à Bicêtre. Ils ont constaté 15 fois un résultat positif et 10 fois un résultat négatif. Ces recherches, encore trop récentes, ne pourront que plus tard être appelées à fournir des déductions pratiques pour le diagnostic ou le traitement de la maladie.

— M. D'ŒLSNITZ communique à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur *dix cas favorables de vaccinothérapie antityphoïdique chez l'enfant.*

M. d'ŒLSNITZ a traité par le vaccin curatif de Chantemesse dix cas de fièvre typhoïde infantile. Il a eu recours simultanément à la balnéothérapie et à l'administration quotidienne de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 d'urotropine. Ls résultats ont été très satisfaisants. Les malades ont tous guéri, sans rechute et sans complications. La durée totale de la maladie paraît avoir été sensiblement écourtée. L'influence du vaccin sur la température et l'état général semble aussi avoir été nettement favorable.

L'auteur rapproche ses observations des 14 cas, rapportés récemment par M. P. Emile-Weil, concernant également des fièvres typhoïdes infantiles, mais traités par le vaccin de Vincent. Les résultats de M. P. Emile-Weil étaient, de même, très satisfaisants.

Le vaccin de Chantemesse est dosé à 65 millions de bacilles par centim. cube. C'est en millions de bacilles (10, 15, 28 millions, etc.) que l'on évalue les doses.

— M. MOUGEOT (de Royat) fait à la *Société de Biologie* une commnication sur le *réflexe oculo-cardiaque* dans les tachycardies permanentes sans arythmies.

La recherche de ce réflexe dans les diverses formes de tachycardies démontre que l'insuffisance cardiaque à ses divers stades n'est pas une cause d'abolition du réflexe, non plus que l'origine endocrinienne dans ses différentes variétés.

Le réflexe oculo-cardiaque est absent lorsque la tachycardie est causée par une méiopragie souvent toxique ou une altération anatomique du centre cardio-modérateur du bulbe ou du nerf pneumogastrique. Sa recherche constitue un signe de grande valeur pour distinguer l'origine bulbo-vagale de l'origine myocardique d'une tachycardie.

P. L.

Société anatomo-clinique de Toulouse.

— MM. BAYLAC et RIGAUD publient deux cas de *cancer primitif de la vésicule biliaire à forme hépatique fébrile.* Les auteurs rappellent les signes cliniques classiques de cette affection.

1° *Dans le cancer vésiculaire pur*, la tumeur siège sous le rebord hépatique, tantôt globuleuse et dure, tantôt rénitente et donnant la sensation d'un empâtement.

Ictère précoce, continu, sans rémission.

2° *Dans le cancer vésiculaire massif juxta-hépatique*, ni ictère, ni ascite, ni circulation complémentaire, mais douleur diffuse siégeant dans l'hypocondre droit, s'irradiant vers l'aisselle, l'épaule, l'épigastre. Le foie présente une hypertrophie considérable et la fièvre intermittente, qui fait partie de ce cortège, peut faire songer à l'abcès du foie.

Les auteurs résument ensuite les observations des deux cas qu'ils viennent d'observer :

A) Il s'agit d'une femme de 80 ans, hospitalisée depuis de longues années ; son néoplasme a évolué très lentement : tumeur peu volumineuse, à siège sous-hépatique, peu d'ascite, quelques douleurs vagues. L'autopsie révèle « une tumeur du volume du poing, fongueuse, encéphaloïde, contenant de nombreux calculs » ; pas de ganglion au niveau du hile, pas de généralisation au foie, mais hypertrophie considérable du ganglion pancréatico-duodénal supérieur.

Or, les travaux de Clermont (de Toulouse) sur les *lymphatiques des voies biliaires et leurs rapports avec le cancer de la vésicule* rendent possible, non plus une chirurgie palliative, mais bien réellement efficace, quand le diagnostic exact aura pu être posé.

B) Dans le deuxième cas, MM. Baylac et Rigaud présentent des pièces provenant d'un malade, âgé de 47 ans, garçon de restaurant, alcoolique (8 litres de vin par jour), non syphilitique. Pendant un an, diarrhée profuse, quelques vagues malaises. Puis, tout à coup, les phénomènes généraux prennent une allure inquiétante, le malade maigrit de 30 kilog. en 3 mois.

Le foie s'étend alors à 24 cm. à partir du rebord costal à 15 cm. de l'appendice xiphoïde. Le bord inférieur est dur, tranchant, régulier, les douleurs sont plus vives, les sueurs profuses plus abondantes, tem-

pérature présentant une courbe analogue à celle de la fièvre intermittente typique.

La rate est volumineuse, l'ascite peu marquée, pas d'ictère, ni de circulation complémentaire.

Vomissements fréquents, diarrhée fétide. On porte le diagnostic de cancer secondaire du foie, le cancer primitif ayant son point de départ dans la vésicule biliaire.

L'autopsie confirma cette manière de voir.

Cette observation est des plus intéressantes, car, en pratique, il faudra établir aussi nettement que possible la démarcation entre la *forme fébrile du cancer du foie et l'abcès du foie*, en raison de l'intervention chirurgicale qui sera la conséquence du diagnostic porté.

— A propos de la *rupture dans le péricarde d'un anévrysme latent, de l'aorte péricardique*, MM. Baylac et Villemur nous donnent l'histoire d'un cas de ce genre qu'ils viennent d'observer.

Une malade âgée de 33 ans est hospitalisée pour fatigue générale. Une auscultation sommaire ne révèle qu'un amoindrissement des bruits du cœur, quand, pendant la nuit, la malade revenant des W. C., fait un effort pour remonter dans son lit, a une syncope et meurt.

A l'autopsie, on se trouve en présence d'un volumineux hémo-péricarde de 1.300 cmc. environ. En disséquant la poche anévrysmale, on constate l'existence d'un pertuis qui n'est autre chose qu'une fissure elliptique faisant communiquer la poche anévrysmale et la poche péricardique.

Ici, même en supposant une intervention pour laquelle tout eût été préparé, on n'eût pu la tenter, car l'irruption du sang dans le péricarde a été brusque soudaine, considérable. Or, Soulié (*in* : Anatomie Poirier-Charpy) note que la mort survient quand il y a un épanchement de 200 à 240 cmc. de sang dans le péricarde, et le cas qui nous occupe en présentait 1.300, soit 6 fois plus environ.

— L'*hémorrhagie cérébrale avec inondation ventriculaire chez l'enfant* est rare. Elle comporte un enseignement dont tous les praticiens tireront profit. Aussi la remarquable observation de M. Auban mérite-t-elle l'attention de tous.

Un enfant de 3 ans 1/2 dont les antécédents héréditaires sont assez obscurs (on a mille raisons de soupçonner et la syphilis de la mère et l'alcoolisme du père) tombe de sa chaise, sans subir pour cela le moindre traumatisme.

On accourt et les parents s'aperçoivent que leur enfant a tout le côté gauche paralysé avec déviation de la bouche et des traits du visage. On est au 10 nov. Une potion à l'éther donnée par le pharmacien semble avoir guéri l'enfant qui le lendemain, joue, mange, marche comme avant l'ictus. Or, le 20, l'enfant se réveille, poussant des cris perçants, vomit son repas de la veille et présente à nouveau de la paralysie de toute la moitié du côté gauche; on hospitalise l'enfant. A la ponction lombaire, le liquide s'échappe en jet : il y a donc hypertension.

L'examen microscopique décèle de nombreuses hématies, des lymphocytes et quelques rares polynucléaires. Il y avait donc un processus hémorrhagique intracérébral. Le 20 au soir, l'enfant entre en contracture généralisée. Le membre supérieur accuse quelques secousses cloniques et les doigts présentent des mouvements athétosiques. Le membre inférieur est immobile en extension forcée. Peu à peu la contracture cède, la respiration est devenue stertoreuse et le pouls incomptable, l'enfant meurt quelques moments après.

L'examen nécropsique montra, à l'ouverture du cerveau, une hyperhémie des membranes d'enveloppe. Toute la masse cérébrale elle-même était congestionnée et parsemée de petites hémorrhagies punctiformes « en piqûres de puce » ; un gros caillot se détacha de l'espace ventriculaire.

Donc, tableau clinique, ponction lombaire, autopsie, tout a ratifié le diagnostic.

Que nous arrive-t-il en clientèle ? Bien souvent nous sommes appelés, en hâte, auprès d'un petit malade ; on nous raconte que l'enfant est tombé, qu'il a eu des convulsions « parce qu'il est tombé », ou encore que ce sont ou « les dents ou les vers (ou mieux encore, les morts...) qui le tracassent. »

Le plus souvent notre diagnostic peut être établi par la recherche d'une alimentation désordonnée, ou effectivement par quelque crise dentaire ou quelque attaque de vers (*qu'il ne faut pas nier*, a priori). Lorsque la mort s'ensuit, nous songeons rarement que l'enfant a pu tomber *parce qu'il a eu un « ictus »* secondaire à une hémorrhagie cérébrale.

Mais notre pronostic, qui, tout en étant réservé, est cependant peu alarmant, lorsqu'il s'agit de convulsions banales, pourra être tout différent, si, quelqu'un des signes que présente notre petit malade nous rappelle le tableau que vient de nous en donner M. Auban.

Dr R. Molinéry,
(de Barèges.)

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

Les glossites aiguës

Sous cette dénomination, nous allons passer en revue toutes les inflammations aiguës de la langue provoquant une augmentation considé bl e du volume de l'organe, et secondairement des phénomènes dyspnéiques inquiétants.

1° La glossite aigue est un phlegmon lingual d'origine septique.

C'est une affection assez rare que l'on constate le plus souvent chez les convalescents de maladies infectieuses, les débilités, les diabétiques. L'infection se produit soit au niveau d'une plaie de l'organe, soit par la voie lymphatique comme dans la variole,

l'érysipèle, la scarlatine, etc. Elle se produit encore par infection d'une plaie de la langue ou par la production d'une plaie venimeuse (piqûre d'abeille, de guêpe, morsure de vipère, etc).

Quelques auteurs décrivent une glossite *a frigore*, mais il semble bien que, dans les cas de ce genre, l'infection ait atteint la langue au niveau d'une plaie de la muqueuse passée inaperçue.

Symptômes. — Son début est généralement brusque. Le malade présente un peu de fièvre, se plaint de vagues douleurs provoquant des mouvements maladroits de la langue et constate au réveil une augmentation considérable de l'organe, qui atteint son maximum en deux ou trois jours.

La langue remplit alors la cavité buccale, elle déborde les arcades dentaires qui marquent sur elle leurs empreintes ; parfois même elle est en prolapsus, débordant les lèvres. Elle est alors de consistance rénitente, douloureuse à la pression ou spontanément et présente, en général, un point de sensibilité élective, qui deviendra plus tard le point de collection d'un abcès.

La mastication, la déglutition et la phonation deviennent impossibles ; la salivation est exagérée et la salive non déglutie, coule sur la lèvre inférieure et le menton ; l'haleine est fétide et l'on constate souvent de la dyspnée due à de l'œdème de la glotte concomitant. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. L'état général est mauvais, le malade a le faciès des grands infectés et tous les accidents des grandes septicémies sont à redouter. Cependant les glossites n'ont pas toujours une terminaison tragique. Elles peuvent aboutir à la résolution au bout de huit à dix jours ou bien il se forme un abcès chaud de la langue dont la guérison suit de près l'ouverture. Parfois, on constate de la gangrène, provoquant des hémorragies fort graves pouvant amener la mort. Enfin, la glossite aiguë peut évoluer vers la chronicité et dans ce cas, le volume de l'organe reste sensiblement supérieur à la normale, avec induration. Il y a macroglossie acquise.

On observe rarement l'hémiglossite, mais la glossite de la base est loin d'être rare.

Il ne faut pas confondre la macroglossie acquise avec la macroglossie congénitale qui a des caractères tout différents sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

2° Glossites tertiaires. — La syphilis tertiaire de la langue n'est pas une rareté. Elle se manifeste par des lésions anatomiques bien tranchées qui permettent de les diviser en glossites gommeuses et en glossites scléreuses.

a) *Glossites gommeuses.* — Les gommes de la langue sont superficielles ou profondes.

Les gommes superficielles siègent dans le derme muqueux du dos de la langue. Elles sont multiples et irrégulièrement disséminées. Leur grosseur varie de celle d'un grain de plomb à celle d'un pois. De consistance dure au début, elles se ramollissent par la suite, s'ouvrent et laissent après l'expulsion de leur contenu une ulcération arrondie assez profonde, à bords nets.

Les gommes profondes siègent, au contraire, en plein dans l'épaisseur des muscles de la langue. Elles sont peu nombreuses, parfois uniques et se présentent sous la forme d'un nodule dur, du volume d'une noisette ou même d'une noix. Elles conservent cette consistance au niveau de la face dorsale de la langue, laissant après elles une ulcération identique aux gommes superficielles.

L'évolution en est indolente, mais la multiplicité des nodules et leur volume peuvent provoquer de la gêne de la mastication, de la déglutition et de la phonation comme dans les glossites aiguës. Mais ici le diagnostic est facile en raison même de l'aspect de la langue, des nodosités qu'elle présente, accompagnées d'ulcérations caractéristiques.

b) *Glossites scléreuses.* — Les glossistes scléreuses sont également superficielles ou profondes. Elles siègent toujours sur la face dorsale de l'organe.

Les glossites scléreuses superficielles se présentent sous la forme d'une induration caractéristique, en îlots séparés par des sillons. La partie indurée est lisse rouge vif, vernissée, parfois blanchâtre.

Les glossites scléreuses profondes occupent une assez grande étendue de la face dorsale de la langue (un tiers et même la moitié). Celle-ci est tuméfiée, de consistance ligneuse, de couleur rouge sombre. La surface est divisée en îlots, séparés par des sillons ayant parfois un centimètre de profondeur, s'entrecroisant (langue parquetée). La langue augmente de volume et les mouvements de mastication et de déglutition sont limités. Néanmoins l'évolution n'en est pas douloureuse.

Traitement. — Dans les cas de glossites aiguës, avant l'apparition de l'abcès, il y a lieu de faire de fréquents lavages de bouche avec des gargarismes émollients à base de décoction de racine de guimauve et de pavots, chaude et additionnée d'eau oxygénée. On appliquera des sangsues sur la région sous-mentonnière ou bien on maintiendra en permanence une vessie de glace sur le cou.

Si les phénomènes asphyxiques font leur apparition, il est préférable, avant de recourir à la trachéotomie, de faire de longues incisions longitudinales sur le dos de la langue. On voit, de cette manière, les tissus s'affaisser rapidement et le pus sourdre au niveau des incisions et se drainer.

Dès qu'on a, au cours d'une glossite aiguë, constaté de la fluctuation, il faut débrider immédiatement le point fluctuant et faire des lavages antiseptiques.

Si les phénomènes asphyxiques persistent, il y a lieu de pratiquer, mais seulement en cas d'échec des méthodes précédentes, la trachéotomie.

Il y a lieu parfois d'alimenter le malade à l'aide de la sonde œsophagienne introduite par la voie nasale.

Si la glossite est d'origine dentaire, il est nécessaire

de faire extirper le ou les chicots qui l'ont provoquée.

La macroglossie parvenue à la chronicité nécessite l'intervention chirurgicale. Il en est de même de la gangrène de la langue.

La glossite gommeuse de la langue réclame l'intervention du traitement spécifique par le salvarsan ou le néosalvarsan ; on donnera en même temps pendant dix jours consécutifs trois à quatre grammes d'iodure de potassium par jour, suivi d'un repos de dix jours et reprise des doses précédentes.

Les glossites scléreuses sont beaucoup plus rebelles ; on leur opposera le traitement spécifique intensif.

Les fissures seront cautérisées à l'aide de la teinture d'iode ou de l'acide chromique.

Si la glossite scléreuse reste rebelle à ce traitement, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

Dr DELPEUT.

PHTISIOTHÉRAPIE

De l'excision galvanique des brides pleurales au cours du traitement par le pneumo-thorax.

Pour tous ceux qui pratiquent le pneumothorax artificiel, qui vivent à côté des malades soumis depuis longtemps à ce traitement, pour ceux qui ont vu à Hambourg la longue théorie des thoracoplasties opérées par Brauer, ou qui connaissent les interventions non moins intéressantes de Tuffier, il n'est pas douteux qu'une voie nouvelle est ouverte à la phtisiothérapie. Ne discutons pas à l'heure actuelle sur la rareté des cas justiciables de ce traitement. Le chapitre des indications est ouvert ; si les résultats définitifs correspondent à nos espérances, il nous sera loisible de l'élargir de plus en plus. C'est dans cet ordre d'idées que nous devons travailler en améliorant, en perfectionnant la technique du pneumo-thorax.

A la dernière réunion, à Berlin, de la conférence internationale de la tuberculose, je terminais ma communication en exprimant l'espoir que peut-être, dans un avenir prochain, le médecin pourrait, sans recourir aux vastes traumatismes chirurgicaux, compléter dans certains cas, l'action compressive de l'injection gazeuse par une nouvelle intervention libératrice.

C'est qu'il apparaît, en effet, de plus en plus que l'échec du traitement vient bien plus souvent d'une compression incomplète que de l'extension de l'infection tuberculeuse au côté opposé.

Je voudrais présenter aujourd'hui un procédé d'excision des brides pleurales, qui, je crois, n'a pas encore été employé, en France tout au moins.

Lorsque nous examinons à l'écran un poumon comprimé, il nous est arrivé maintes fois de constater que le bloc pulmonaire décollé sur la plus grande partie de sa surface n'est retenu dans son mouvement de rétraction vers le hile que par quelques ficelles, parfois longuement étirées, souvent très tenues, et ne présentant, en tout cas, à la paroi costale qu'une surface d'implantation de quelques centimètres carrés.

L'idée vient aussitôt qu'en excisant cette bride, on rendrait au bloc pulmonaire sa mobilité, et on réaliserait d'emblée sa compression.

Pour atteindre ce résultat, un outillage très banal suffira :

1° Un premier instrument, simple stylet flexible et boutonné à sa partie terminale, d'une longueur de 15 cm. environ, sert d'explorateur. Il est introduit dans la cavité thoracique au moyen de l'aiguille de Küss, utilisée comme conducteur, avec la simple adjonction d'un embout destiné à empêcher l'issue du gaz et par suite la décompression du poumon ou l'entrée de l'air.

2° Il faudra ensuite débrider. Le second instrument employé est un galvanocautère, du modèle le plus petit possible. Celui dont je me sers a moins de 2 mm. de diamètre et peut être amené dans la cavité thoracique de la même manière que l'explorateur décrit ci-dessus, c'est-à-dire au moyen de l'aiguille de Küss d'un modèle un peu plus fort que celles ordinairement utilisées pour l'injection gazeuse.

L'intervention se fait nécessairement devant l'écran radioscopique. J'avais songé d'abord à utiliser un endoscope ; mais le champ d'examen fourni par cet instrument est beaucoup trop restreint, et il importe d'avoir sous les yeux l'image entière du poumon pour se mieux repérer d'abord, et aussi pour suivre le mouvement de rétraction lorsque se produira la section de la bride pleurale.

Le malade est mis en place derrière l'écran en position assise. Après qu'un premier examen a permis de fixer sur la paroi thoracique le point d'où l'on pourra le plus facilement atteindre l'adhérence pleurale, une première ponction est faite avec le stylet explorateur. On se rend compte ainsi d'une façon très précise du point d'insertion, de sa proximité des parois antérieure ou postérieure, et en même temps de la configuration de la bride pleurale. On peut la contourner, en parcourir les bords, en mesurer très approximativement l'épaisseur et compléter ainsi, à la fois par la sensation tactile et par l'impression optique que donne le stylet en se déplaçant, les renseignements souvent incomplets fournis par un simple passage à l'écran.

Ce premier examen est indispensable, à mon avis, car si l'examen radioscopique donne une image projetée du poumon, il ne nous renseigne pas sur la notion d'épaisseur. Nous pouvons

difficilement, même en déplaçant le sujet, apprécier la distance qui sépare l'image pulmonaire de la paroi, et cette appréciation devient tout à fait impossible quand la paroi costale est tapissée d'une plèvre épaissie.

Lorsqu'un premier examen nous a donc renseignés, aussi approximativement que possible, sur la situation exacte des brides pleurales, la seconde aiguille de Küss, munie de son mandrin mousse, est introduite après novocaïnisation du trajet, à la place même ou dans le voisinage de la première ponction. Le mandrin est aussitôt retiré et remplacé par le galvanocautère.

La section sera faite en une ou plusieurs séances, selon l'épaisseur de la bride attaquée. Le malade accuse une sensation de brûlures, généralement vagues, parfois plus douloureuses avec irradiations dans la région et souvent jusque dans le bras, mais ce sont toujours des douleurs très supportables.

A l'heure actuelle, j'ai opéré de cette façon trois malades chez lesquels le pneumo-thorax remontait à plusieurs semaines ou plusieurs mois. Deux présentaient des surfaces adhérentes à la région de l'épaule et dans la ligne axillaire ; chez le troisième, l'adhérence, plus filiforme, retenait au diaphragme un diverticule du lobe inférieur gauche. Chez ce dernier, une première séance, nécessairement écourtée en raison de la pusillanimité du sujet, a permis de sectionner une partie de cette bride, et de voir flotter un appendice là où existait précédemment un pont.

Le traitement est actuellement et momentanément interrompu par suite de l'apparition d'hydrothorax. Il est bon d'ajouter, pour les les lecteurs peu au courant de la pratique pneumo-thoracique, que l'hydrothorax est un épisode du traitement tout à fait indépendant de l'intervention galvanique.

Chez la seconde malade en traitement, cinq séances — la première remonte au 28 novembre — ont déjà été pratiquées, au cours desquelles une adhérence située au niveau de l'aisselle gauche a été partiellement libérée. Simple coïncidence, ou relation de cause à effet, après la seconde séance d'excision, cette malade qui, malgré une énorme amélioration, avait conservé jusque-là une température moyenne vespérale de 38°8, a vu son thermomètre baisser à 37° et au-dessous. Température maxima depuis quinze jours : 38°9.

Enfin, le troisième malade est un sujet particulièrement intéressant ; dans ma statistique précédemment publiée, il porte le numéro 21. C'est un de ces malades chez lesquels, malgré les décollements sur la surface antérieure et postérieure, la compression restait très incomplète, par suite d'adhérences latérales assez nombreuses, assez largement implantées. Le pneumothorax, pratiqué le 3 avril, a réalisé, il n'est pas douteux, une grosse amélioration ; mais ce malade continue encore à expectorer, sa température reste le soir autour de 37°8, 38°. La première excision date du 27 novembre ; à l'heure actuelle, six séances ont été pratiquées, le poumon a été libéré en grande partie. Le stylet passe maintenant tout au long des côtes, jusqu'à une bride supérieure que je viens d'attaquer à une récente séance et il n'est pas douteux que la rétraction pulmonaire ait largement gagné, j'en ai la preuve dans l'exploration faite avec le stylet.

Cliniquement, les résultats sont encore incertains, le malade est si gravement atteint, l'imprégnation toxique est telle que les réactions seront lentes à se faire sentir. Cependant, de son propre aveu, le malade éprouve du mieux, les températures ont légèrement fléchi, et le crachoir est moins abondamment fourni.

Le seul incident que j'ai enregistré est une fuite de gaz due au diamètre du trocart que je suis dans l'obligation d'employer. Conséquences : un emphysème sous-cutané limité et de courte durée. Mais cet incident n'a aucune gravité et on pourra d'ailleurs l'éviter en ramenant à zéro avant l'intervention la pression gazeuse intrathoracique, quitte à faire ensuite un nouveau remplissage.

En faisant cette communication, il n'est pas dans ma pensée d'ailleurs, de présenter des résultats. Les malades justiciables de cette nouvelle intervention thérapeutique ne pourront en voir les conséquences qu'après un temps assez long. La rétraction pulmonaire s'opèrera, en effet, d'autant plus lentement que la coque pleurale se sera déjà épaissie dans l'intervalle nécessairement laissé par le médecin entre les premières insufflations gazeuses et les premières séances d'excision galvanique.

Je voulais seulement signaler la possibilité de compléter sans danger pour le malade la compression gazeuse par la section des brides qui, trop adhérentes, refusent de céder aux pressions habituellement employées.

Cette innocuité résulte très manifestement des douze séances que j'ai pratiquées au Sanatorium des Pins.

Docteur Hervé,
Médecin-directeur du Sanatorium des Pins.



A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

L'Hôpital. — Note sur un cas de folliculite urétrale blennorragique traitées par l'iode colloïdal. —

L'Hôpital

Nous souhaitons la bienvenue à cette nouvelle publication, qui est née de l'initiative de jeunes confrères et qui se propose de faire revivre et prospérer l'enseignement hospitalier, tel que le professe l'élite de nos médecins d'hôpitaux.

L'*Hôpital* paraît une fois par mois et s'intitule Revue de médecine pratique. Les secrétaires de la rédaction sont MM. Ségard et Siguret. Ce dernier est en même temps l'un des plus sympathiques collaborateurs du *Concours*. Et ce nous est une raison de plus de souhaiter à l'œuvre dont il est l'une des chevilles ouvrières, tout le succès qu'elle mérite.

Note sur un cas de folliculite urétrale blennorragique traitée par l'iode colloïdal

MM. Marcel Deschamps et Jean Perrigault, publient dans la *Rev. de Thérapeut. médico-chirurgicale* une *note sur un cas de folliculite urétrale blennorragique traitée par l'iode colloïdal.*

La propagation de l'infection gonococcique aux follicules de l'urètre détermine des lésions, dont souvent la ténacité fait le désespoir du malade et du médecin ; la guérison relativement rapide que nous avons obtenue dans un cas de folliculite suppurée et fistulisée, par un traitement simplement médical, justifie la publication de l'observation suivante :

Il s'agit d'un malade âgé de 20 ans, qui se présenta à la consultation des voies urinaires de l'hôpital Beaujon le 20 novembre 1913. Ce malade avait une blennorrhagie datant du 29 octobre et soignée par lui-même, sans succès, avec des lavages au permanganate de potasse.

Il présentait, en outre, à la face inférieure de la verge et à la partie moyenne, une tumeur dure, de la grosseur d'une noix. Cette tumeur n'était douloureuse que pendant les érections. Le pus de l'écoulement urétral abondait en gonocoques.

Nous soumîmes immédiatement notre malade à un traitement par le vaccin anti-gonococcique de Nicolle, dont il reçut une injection quotidienne, selon la technique recommandée par l'auteur, pendant 11 jours.

Ce traitement fut sans aucun effet, ni sur l'écoulement qui ne diminua en rien d'intensité ni sur la folliculite qui évolua normalement vers la suppuration, pour s'ouvrir, le 26 novembre, par plusieurs petits pertuis, laissant écouler un liquide séro-purulent lequel, examiné au microscope, présentait des gonocoques. Dans les jours qui suivirent, on ne constata aucune modification dans l'écoulement urétral ; la folliculite se ramollit, évacuant, assez lentement, son liquide séro-purulent. En même temps, sur le côté droit de la verge, apparut une traînée de lymphangite, répondant, à la palpation, à un cordon induré ; le malade faisait, en plein cours de traitement, une poussée de lymphangite tronculaire.

Le 30 novembre, l'induration nodulo-tronculaire a augmenté, la température atteint 38°. Le 3 décembre, les phénomènes restent stationnaires, on soumet le malade aux grands lavages à l'oxycyanure. Prolongés jusqu'au 22 décembre, les grands lavages ne parviennent pas à tarir l'écoulement, réduit à un suintement rebelle. La folliculite reste de la grosseur d'une noisette assez volumineuse, dure, laissant toujours suinter du liquide séropurulent par les fistules ; elle se maintient dans cet état, sans vouloir évoluer, et sans aucune modification de consistance, présentant toutes les allures de la chronicité.

Nous instituâmes alors le traitement par l'iode colloïdal injecté dans l'urètre antérieur, au niveau de la folliculite. Le 3 janvier, la folliculite ne paraît pas influencée, mais l'écoulement a considérablement diminué. Toutefois, à partir de cette date, la maladie s'oriente franchement vers la guérison, et la folliculite se met à diminuer, en même temps que l'écoulement se tarit, et que les fistules se ferment spontanément.

Le 15 janvier, on constate la disparition complète de la folliculite après 17 jours d'iode colloïdal ; il ne reste aucune trace d'induration ; la palpation de l'urètre sur Béniqué permet de constater que le canal est absolument souple, et ne révèle aucune trace de l'abcès folliculaire. La résorption est complète sans aucun soupçon de tissu cicatriciel.

Nous avons employé une préparation d'iode colloïdal obtenu par la voie électro-chimique, et stabilisé par un hydro-carbure (Iodargol). Notre préparation titrait 0 gr. 20 cent. d'Iode colloïdal par centimètre cube. L'injection de ce produit n'a jamais été douloureuse : on a pu, d'ailleurs, constater chez d'autres individus atteints de blennorragie, et soignés par la même méthode, la disparition de la douleur à la miction au cours de la période aiguë que les injections d'iode colloïdal permettent d'abréger considérablement.

Nous avons administré des doses allant de deux centimètres cubes à cinq centimètres cubes, sans provoquer d'accidents ni locaux, ni généraux. On sait, en effet, que l'iode amené à l'état colloïdal, décuple son activité et diminue sa toxicité d'autant.

Néanmoins, il nous a paru suffisant de nous en tenir à deux centimètres cubes (c'est-à-dire à 0 gr. 40 d'iode colloïdal), les effets thérapeutiques de doses plus fortes ne nous paraissent pas supérieurs. L'injection était conservée par le malade, pendant deux heures, avec un pansement ligaturant, empêchant le liquide de s'écouler au dehors.

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation, en raison du résultat obtenu, et

surtout des moyens employés pour l'obtenir, car les abcès folliculaires gonococciques, de quelque façon qu'ils débutent, revêtent toujours, dans la suite, des allures chroniques, et nous n'avons toujours vu, jusqu'ici, que le traitement chirurgical qui donnât une guérison certaine.

La désinfection et l'incision des abcès par la voie urétrale, le massage sur Béniqué, n'ont jamais amené une résorption parfaite des lésions. Quand on assiste au début de la folliculite, avant qu'elle ne soit ramollie, il faut en faire l'ablation aussi aseptiquement que possible, en évitant de l'ouvrir ; si elle est suppurée, il faut l'ouvrir largement et désinfecter la poche ; si elle a pris des apparences kystiques, après refroidissement, l'ablation chirurgicale est encore indiquée. Telle est la règle de conduite tenue par tous les praticiens expérimentés.

Le succès que nous avons obtenu par nos pansements urétraux à l'iode colloïdal, permet d'espérer pouvoir apporter un peu d'atténuation au radicalisme des indications chirurgicales que nous venons d'énumérer dans le traitement des folliculites urétrales à gonocoques.

BIBLIOGRAPHIE

L'exanthème des fièvres éruptives et la croyance populaire aux « éruptions rentrées » par le Dr André Sorel, ancien interne de l'Assistance publique de Paris. Thèse de doctorat, Paris, 1913. Paul Dupont, éditeur.

Voici un très intéressant travail inaugural, de nature à réhabiliter la thèse, et qui constitue une mise au point d'un sujet de pratique médicale, dont, au dire même de l'auteur, aucun traité didactique ne fait mention. Les propositions qui la résument sont fort bien énoncées dans les conclusions suivantes :

I. — Dans la plupart des cas de maladies infectieuses éruptives, survenant chez des sujets normaux, tout au moins en ce qui concerne la rougeole, la rubéole, la varicelle et la scarlatine que nous avons eu seules l'occasion d'observer d'une façon suffisante, on constate, au moment où apparaît l'éruption ou peu après son apparition, une baisse dans la courbe thermique, cette baisse pouvant, suivant l'importance de l'ascension préalable, avoir une étendue de plusieurs degrés ou de quelques dixièmes seulement.

II. — D'une façon moins générale, mais assez fréquemment cependant, la courbe thermique suit les mêmes variations à la suite de l'apparition des symptômes connexes de l'éruption pathognomonique (rahs, exanthèes, métastases pulmonaires, laryngées, digestives, ganglionnaires).

Il y a d'ailleurs, d'une façon à peu près générale, un balancement entre ces phénomènes métastatiques et les manifestations cutanées, dans la mesure où ce balancement est compatible avec le degré plus ou moins grand de gravité de l'affection et de virulence de l'agent causal.

III. — La croyance populaire, à la gravité des éruptions qui « sortent mal » ou qui « rentrent », se trouve souvent en partie vérifiée par ce fait que la courbe thermique monte quand l'éruption disparaît brusquement, descend quand l'exanthème reparaît à nouveau. En tout cas, quand le médecin rencontre une éruption capricieuse dans son mode d'apparition ou d'évolution, il doit toujours prévoir la possibilité d'une complication ultérieure et d'une convalescence difficile.

IV. — Dans les cas de diagnostic incertain par suite du retard de l'éruption, on pourra souvent dépister celle-ci par l'application d'un révulsif cutané, le plus commode étant le cataplasme ou le bain sinapisé. — Cette pratique pourra prendre la valeur d'un véritable moyen thérapeutique dans les cas d'éruption avortée, accompagnée de phénomènes généraux graves.

V. — A un point de vue plus général, il semble que dans les maladies éruptives, l'éruption survienne dans les conditions d'un véritable phénomène critique précoce et que la peau joue vis-à-vis des « humeurs peccantes » (étant entendu que dans ce mot nous comprenons aussi bien les toxines microbiennes que celles provenant de l'intoxication), le rôle d'un véritable émonctoire, dont l'insuffisance est un facteur de gravité et dont le médecin, par des moyens thérapeutiques appropriés, doit stimuler l'activité.

Leçons de clinique médicale. Thérapeutique. Maladies du cœur. — Henri Desplats, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de médecine de Lille, médecin de l'Hôpital de la Charité.—Giard, Lille. Vigot frères, Paris, édit.

Cet ouvrage est un hommage posthume rendu par son fils au professeur Desplats. On y lira avec intérêt d'excellentes leçons sur des questions d'ordre général : les principes généraux en thérapeutique, les antipyrétiques, la balnéation froide. Quelques autres traitent de physiopathologie, de sémiologie, d'anatomie : Le cœur normal, sa position, ses rapports, ses variations de volume, la phonendoscopie appliquée à l'examen du cœur, du poumon, du foie, etc. Enfin des cliniques faites à l'occasion d'un cas particulier fournissent à l'auteur l'occasion de passer en revue un chapitre de pathologie, un cas de pleurésie purulente, périortite chez un malade atteint d'athérome et d'insuffisance aortique, etc.

Très méthodiques, énoncées dans une langue claire et familière, ces leçons seront lues avec profit par les praticiens soucieux de puiser le complément de leur instruction toutes les bonnes sources.

CORRESPONDANCE

L'historique de la Mutualité

Un de nos abonnés nous envoie la coupure suivante de son journal

La Société de secours mutuels des sapeurs-pompiers s'est réunie en Assemblée générale sous la présidence de M. L..., président.

Étaient présents, tous les sociétaires, les membres du bureau et quelques membres honoraires.

Le sociétaire M. demandait une pension de retraite, l'assemblée générale la lui a accordée à l'unanimité, le sociétaire ayant rempli les conditions prévues par les statuts.

Au nom du bureau, le Président adresse au lieutenant M. ses plus vifs et sincères remerciements pour les services qu'il a rendus à la subdivision depuis 28 ans.

Avant de lever la séance, le président donne un aperçu rétrospectif sur la marche de la mutualité.

En 1886, dans chaque commune, la création d'une société de secours mutuels était soumise aux avis du maire, du Conseil municipal et à l'autorisation du Préfet. Elle ne jouissait pas de la personnalité civile. Non seulement le Préfet pouvait l'empêcher de se constituer, mais aussi il avait le droit de la suspendre et de la dissoudre par simple arrêté préfectoral. Elle ne pouvait rayonner en dehors de la commune de son siège social.

Pourquoi la limite communale ?

Pourquoi tant d'avis pour la création ?

Pourquoi l'autorisation préfectorale ?

La loi ne suffisait-elle pas à prescrire des mesures pour que les sociétés n'eussent à faire qu'une déclaration légale et fonctionner ensuite sous la réserve de se renfermer dans la légalité ?

On remarquait bien la bonne volonté chez les administrateurs mutualistes, mais il leur fallait des subsides plus élevés pour rendre les services qu'on leur demandait et qui étaient de nature à bonifier d'une manière très appréciable la situation de nos classes laborieuses.

Les mutualistes de haute marque firent demander au Parlement dix millions par an pour donner les subventions nécessaires, mais cette somme leur fut refusée .

Avec ces dix millions, la Mutualité aurait fait économiser 50 millions à l'assistance publique qui coûte en France annuellement 300 millions, tant par l'Etat, les départements et les communes que par les établissements de bienfaisance privée.

Jusqu'en 1881, la mutualité n'a pas coûté un centime à l'Etat. Les revenus du fonds de la dotation ont suffi pour subventionner les sociétés qui avaient effectué des versements à leurs fonds de retraites.

A partir de 1881, le nombre des sociétés ayant augmenté considérablement et le montant de leurs versements aux fonds de retraites s'étant accru dans les mêmes proportions, un premier crédit a été demandé !

Le Parlement a voté 50.000 francs. En 1886, on arrivait à 500.000 francs et en 1900, on atteignit 1.700.000 francs.

Ce fut alors que devant cette exiguïté et en face du programme mutualiste, la mutualité estima à 10 millions la somme globale nécessaire pour remplir le devoir social qui lui était dévolu.

De 1881, à la fin de l'exercice de 1913, à raison de

300 millions par an, l'assistance publique a dépensé pendant 13 ans, la jolie somme de 10 milliards.

Les crédits mis à la disposition de la mutualité, durant le même laps de temps, ont été en moyenne de 2 millions 1/2 par an, soit au total 80 millions en chiffres ronds.

La différence est colossale.

Si les sociétés de secours mutuels avaient reçu 10 millions dès 1881, les avantages qui en seraient découlés pour les mutualistes eussent doublé leur effectif. Aujourd'hui, au lieu de 6 millions d'adhérents inscrits dans nos rangs, nous serions 12 millions, et le problème si ardu des retraites ouvrières serait résolu par la liberté, avec une économie très importante sur le système de l'obligation, il faut savoir semer pour récolter.

Le Président reçoit les remerciements de l'assistance et lève la séance.

Tu parles !!

Un officier a-t-il le droit d'opérer ?

Une question très importante d'exercice illégal de la médecine et de la chirurgie par des officiers préoccupe et émeut en ce moment le corps médical.

Les faits qui ont suscité cette émotion sont très simples. Dans les postes lointains de nos colonies, il n'existe pas le plus souvent de médecins militaires détachés auprès des corps de troupe éparpillés dans la brousse. Mais les médecins se sont toujours ingéniés à donner aux chefs de poste non seulement les moyens de soigner les hommes, mais surtout les connaissances médicales indispensables qui, seules, permettent l'action utile pour le malade ou le blessé.

Ces soins n'allaient jamais jusqu'à une intervention chirurgicale. Dans les cas graves, les malades ou les blessés étaient transportés, avec tous les ménagements possibles, à l'infirmerie ou l'hôpital militaire le plus voisin.

Cette prudente réserve semble avoir été perdue de vue. Le docteur Granjux signale en effet que dans un poste du sud de l'Algérie, *un officier a pratiqué l'amputation* de la jambe chez un de ses brigadiers atteint d'une blessure grave.

Le fait a été signalé au ministre de la guerre qui a envoyé au commandant du 19e corps d'armée une lettre de félicitations. Il le priait d'inviter le directeur du service de santé à préparer à l'usage des postes du sud une notice indiquant la supériorité de la chirurgie conservatrice et les moyens de la réaliser même par des procédés de fortune.

« Ces conseils permettraient souvent d'attendre, écrit le ministre, l'arrivée même tardive du médecin et d'éviter en tout cas des amputations. »

Le médecin inspecteur général Calmette a rédigé, sur la demande du général commandant le 19e corps d'armée, la notice réclamée par le ministre de la guerre.

Sans vouloir apprécier ces actes chirurgicaux en eux-mêmes, le docteur Granjux signale le double et grave danger de ces interventions faites par des officiers certainement animés de la meilleure volonté, mais qui sont forcément incompétents.

Le ministre de la guerre, malgré les éloges transmis à l'officier improvisé chirurgien, met en garde ceux qui voudraient l'imiter. Il vaut mieux, dit-il, faire profiter les blessés de la méthode conservatrice de la chirurgie moderne ; ne pas amputer, mais conserver....

« C'est là, nous dit le docteur Granjux, un blâme indirect de l'amputation pratiquée par l'officier félicité, blâme qui n'est peut-être aussi discret dans sa forme que par la crainte de donner des armes contre le chirurgien improvisé et de mettre en jeu tout à la fois sa responsabilité et celle de l'Etat.

« Ce so nt là des faits nouveaux qui n'ont pas encore été portés à la connaissance du public.

« Si, comme il est plus que probable les officiers opérateurs ne sont pas docteurs en médecine, il y a là une question d'exercice illégal qui mérite d'être étudiée avec attention. »

Temps.,

Le médecin praticien gagne moins que l'officier et l'instituteur.

Plusieurs journaux politiques du Centre et du Sud-Est, admirateurs de la Mutualité, se plaignent que le nombre des médecins de campagne diminuait au profit des villes. Cette assertion est nettement fausse, il y a autant de médecins de campagne qu'il y en avait il y a vingt ans, alors que la population rurale devient de plus en plus squelettique. Seules les distances entre villages persistent et les malades se disséminent, donnant un travail énorme pour un maigre résultat. En tous les cas, cela serait-il vrai que personne n'en souffrirait : les moyens de communication sont tels que le médecin peut toujours être là au moment opportun. Seules peut-être la patience et l'exigence de nos clients pourraient en souffrir. Mais ne sont-elles pas inverses de la reconnaissance et de l'empressement à régler nos honoraires ? Ce qui devrait plutôt étonner ces journaux, c'est qu'il y ait encore des médecins de campagne, car en y réfléchissant, leur sort est normalement et matériellement le plus pénible qu'il y ait dans nos milieux.

Moralement, car il est dur d'être isolé, privé de ses amis, privé même de ses enfants que les nécessités d'éducation nous arrachent de notre foyer ; de vivre jugé par une foule d'imbéciles ignorants et malfaisants ; ballotté entre « Mossieu le curé » et « Mossieu l'instituteur », abruti par le travail physique, écœuré par la mauvaise foi et l'ingratitude, effrayé de l'instabilité du peu que l'on croit tenir et du résultat acquis. A tout cela, j'ose à peine l'écrire, joignez les haines confraternelles bêtes et dégradantes de ceux qui vivent face à face, car si vous êtes deux médecins, d'un calvaire votre vie devient un enfer.

Quant à la question matérielle, une simple comparaison avec le budget des plus pauvres de nos fonctionnaires, les militaires et les instituteurs, en dira assez.

Parlons du médecin. Supposons que dès sa sortie de la faculté à 27 ans, il touche en moyenne 10.000 francs par an, ce qui est très supérieur aux chiffres admis. Il aura donc touché à l'âge moyen de la retraite qui est 55 ans, soit en 28 ans....... 280.000 »

Il faut déduire		146.000 »
		134.000 »
Auto	3.000 »	
Patent.c-assurances....	600 »	
Journaux, téléph., etc.	3.600 »	
En 28 ans en chiffres ronds	100.000 »	
Frais d'études secondaires	10.000 »	
Frais d'études médicales .	18.000 »	
Frais d'installation......	10.000 »	
Intérêts de ces sommes ...	8.000 »	
	146.000	

Le médecin aura donc gagné en 28 ans et à cinquante-cinq ans.................... 134.000 »

Officier passant par les rangs et finissant à 51 ans, simple capitaine avec la situation la plus modeste.

Instruction primaire soignée. Engagement à 18 ans. Entré à l'cole de sous-officiers à 23 ans, sorti comme sous-lieutenant à 24 ans.

De 24 ans à 51 ans, — soit, 27 ans d'officier à 3500 fr. en moyenne (ancien régime), touché en argent, environ........................ 95.000 »

Capital pour retraite, pension de la veuve, assurance pour service commandé. 35.000 »

Avantages matériels, un ordonnance nourri remplaçant 1 domestique. 27.000 »

157.000 »

Frais, néant.

Avec les soldes actuelles, quelques campagnes, une entrée beaucoup plus facile aux écoles de sous-officiers, ce chiffre peut être augmenté d'au moins un bon tiers.

Prenons maintenant un instituteur de campagne.

Le traitement moyen est de	1.800 »
A ajouter, secrétariat de mairie et ses accessoires ..	500
Suppléments pour œuvres post-scolaires	200 »
Cours d'adultes, instruction agricole, couture, indemnité de brevets, logement, chauffage.........	400 »
	2.900 »

2900 fr. de 20 à 55, soit 35 ans, environ .... 100.000 »

Capital pour retraite, pension à la veuve, etc.......................... 18.000 »

118.000 »

Frais, néant.

Si cet instituteur veut donner des leçons ou s'il a sa femme institutrice, le pauvre budget médical est bien loin, surtout que dans cette catégorie, comme du reste, chez les militaires, on peut compter que les enfants obtiennent facilement des bourses. Le militaire habite le plus souvent une ville avec collèges, universités, ce qui vient encore diminuer les frais d'éducation. Je ne parle ni des vacances, ni de la stabilité de ces carrières.

Docteur X.

Des chiffres.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la convention passée au nom du Syndicat médical de Meaux entre le docteur Decourt et une société S. M. Je l'ai lue de la tête à la queue et relue de la queue à la tête.

J'avoue humblement que cette convention modèle me laisse rêveur, surtout si je la compare au projet de l'hôpital de Meaux.

La commission de l'hôpital décide en principe pour assurer le service d'une voiture d'ambulance, de passer un traité avec un loueur de la ville au prix de 0,50 le kilomètre.

Exemple donné, 12 kilomètres : 12 francs. De plus, comme il est juste, elle espère compter à part l'en

tretien et l'amortissement de l'ambulance, ci : 5 frs.

Comme le malade ne saurait décemment voyager sans être accompagné d'un infirmier, elle compte en plus : 2 francs.

De ce qui précède, logiquement je suis en droit de conclure : 1° que le transport d'un mutualiste domicilié à 3 kilomètres coûtera : 3, 5, 2 : soit : 10 francs.

2° Que le prix réclamé par un loueur de Meaux est de 1 franc le kilomètre aller et retour.

3° Que la commission de l'hôpital sait gérer ses affaires.

Voyons maintenant la convent Decourt-S. M. Nous lisons : Visite : 2 francs.

Le kilomètre : 0 fr. 50.

3 kilomètres : 1.50, 2, 3.50.

Cette convention modèle peut servir de base à d'autres conventions, mais j'inclinerais plutôt à penser qu'elle est un triste exemple des marchés de dupes que passe habituellement le corps médical avec les collectivités. Enfoncez-vous bien, confrères : ces quelques chiffres dans la tête. Ambulance : 10 francs. Médecin : 3 francs 50.

Le kilomètre, Loueur : un franc. edecin : 0 fr. 50 centimes.

Vous comprendrez peut-être une des causes de la crise médicale.

Je n'ajouterai que quelques mots, quelques chiffres, et ce sera ma conclusion.

Pour faire 6 kilomètres en voiture et une visite, il faut une heure.

Si le loueur prend un franc, c'est qu'il estime que l'entretien et l'amortissement de son matériel valent ce prix-là.

Le médecin use autant, davantage même, son matériel.

Le tarif Decourt permet au praticien qui voyage de gagner 0,50 de l'heure.

A ce prix-là on ne trouve plus de maçon.

Dr R. GOYON.

Réponse.

Notre confrère Goyon a raison — lamentablement raison — et, en exposant en même temps les deux conventions, j'étais assuré par là même, de faire souligner cette anomalie.

Oui, cher confrère, les voituriers de Meaux demandent — exigent — un franc du kilomètre à l'aller et les médecins 0 fr. 50 pour les Sociétés de S. M.

Permettez seulement au signataire de la dite convention médico-mutualiste de vous avouer humblement que :

1° Ce tarif de visite est supérieur à tous autres mutualistes dans notre arrondissement (2 fr. + 0,50 c. du kilom.)

2° Il a fallu plusieurs années de batailles pour y arriver.

3° Jusqu'au dernier moment, il a été tenu en échec par des confrères — continuant des visites à un tarif inférieur, sans vouloir « rien savoir » de ce tarif qui choque — en regard de celui des voituriers — votre prétention médicale. ... et la mienne.

Dr F. DECOURT.

Les médecins de bureaux de bienfaisance de Toulouse

Je lis dans le numéro du *Concours médical* du 15 février, dans l'article « Les médecins de bureaux de bienfaisance de Toulouse », à la page 446, quelques critiques à l'adresse du Syndicat des médecins de Toulouse.

Nous apprécions trop hautement les opinions de votre journal pour laisser passer de telles appréciations qui reposent sur une connaissance inexacte des faits.

Le Syndicat des médecins de Toulouse n'a pas eu à intervenir dans le conflit qui s'était élevé entre le bureau de bienfaisance et ses médecins, et il est resté entièrement étranger à cette affaire. Il a simplement envoyé la circulaire que vous publiez pour éviter que toute action individuelle de ses membres ou d'autres médecins ne vînt porter obstacle à la réalisation des justes revendications des médecins du bureau de bienfaisance.

La question reste donc entière et nous serions navrés que vos lecteurs puissent supposer que nos conceptions syndicalistes sont différentes de celles qu'exprime si bien votre rédacteur.

Dr GARIPUY,
Secrétaire général du Syndicat des médecins de Toulouse.

Réponse.

Nous remercions bien vivement notre distingué confrère, le Dr Garipuy, de nous apporter des précisions sur la façon dont nous devons comprendre l'intervention du Syndicat dans l'affaire du « conflit des médecins de bureaux de bienfaisance », et il nous est tout particulièrement agréable de tenir de lui l'assurance que nous sommes en parfaite communion d'idées les uns avec les autres sur les grands principes généraux de la doctrine syndicaliste.

Que le corps médical organisé finisse enfin par « marcher comme un seul homme » dans la voie qui nous apparaît comme celle de la vérité et du bon sens, et *forfaits* et *monopoles* médicaux auront vécu.

Erratum

No 8 (22 février 1914), p. 499. XIX, 2e colonne, 9e ligne :

Lire RENNES au lieu de *Reims*.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

Quel rôle devront jouer les syndicats médicaux dans notre nouvelle organisation de la médecine sociale ?

Lorsque nous avons fait entrevoir qu'il y aurait avantage pour le praticien à séparer l'exercice de la médecine qui consiste à soigner des malades, de toutes les fonctions de contrôle, de surveillance ou autres qu'exige ce que l'on est convenu de désigner sous le nom de médecine sociale, plusieurs de nos amis nous ont reproché d'esquiver les difficultés.

« Confier l'organisation de la médecine sociale à l'Etat et à ses fonctionnaires, fussent-ils docteurs en médecine, n'est pas l'organiser, nous a-t-on objecté. Vous allez proclamer ainsi la faillite du syndicalisme médical en matière d'hygiène, et cela, après avoir, en toute occasion, déclaré vous-même que le médecin syndiqué devait avoir des aspirations plus élevées que la défense étroite de ses intérêts, qu'il devait prendre conscience de son rôle social. Vous n'êtes pas conséquent avec vous-même. Ne trouvant pas une solution au problème, vous vous en désintéressez en réalité par votre proposition de fonctionnarisation nouvelle. Nous étions loin de nous attendre à cela de vous. »

Il faut croire que nous nous sommes bien mal expliqué. Cela tient à ce que nous n'avons pu publier en une fois nos études sur l'organisation nouvelle de la médecine sociale telle que nous la comprenons. Et, bien que l'exposé détaillé du rôle que nous désirons voir jouer aux syndicats médicaux n'ait dû logiquement venir qu'à la fin de notre étude, dont il aurait été en somme la clef de voûte et le couronnement, nous allons l'exposer très sommairement aujourd'hui pour rassurer ceux d'entre nos confrères qui seraient tentés de nous croire imbus de principes étatistes, et désireux de borner à un strict minimum l'action du syndicalisme médical alors que nous avons ici, pendant plus de trente ans, travaillé à l'étendre.

Il est tout d'abord nécessaire de préciser un peu la situation du docteur en médecine n'exerçant pas la profession médicale, que nous désirions voir chargé de toutes les fonctions sanitaires et sociales.

Cet agent technique que nous appellerons, pour faciliter notre exposé, *directeur sanitaire*, ne saurait être, dans notre esprit, un fonctionnaire ordinaire d'ordre administratif. Ce serait une sorte de magistrat, un peu comme les juges inamovibles, dont l'indépendance serait garantie dans une large mesure, car il ne faudrait pas que l'ingérence politicienne locale et l'influence administrative, souvent déclanchées par les seuls intérêts politiques, vinssent fausser encore l'action de ceux qui auraient le souci de veiller à la santé publique.

Comme ce directeur sanitaire jouerait, outre le rôle d'agent sanitaire, celui de contrôleur ; qu'il serait, par exemple, chargé de fixer, après s'être consulté avec le médecin traitant, la durée du congé nécessaire à un fonctionnaire malade, jouissant toujours du droit de choisir librement son médecin ; comme ce serait lui qui, après s'être documenté et renseigné auprès du médecin traitant en examinant avec lui le malade, serait chargé de rédiger les rapports concluant à la nécessité de mise à la retraite ou en disponibilité pour raisons de santé, il serait nécessaire qu'il disposât d'une indépendance absolue. Il ne faudrait pas qu'il reçût des ordres d'un supérieur administratif, comme cela se passe à Paris dans certaines administrations lui enjoignant de limiter pour certains agents mal notés la durée du repos en cas de maladie, ou l'obligeant à fractionner par petites périodes répétées le congé d'un fonctionnaire à tort ou à raison mal apprécié par ses chefs, dans un but de taquinerie de brimade, ou de représailles, — procédé qui doit répugner à tout galant homme, surtout lorsqu'il s'applique à un malade ou à un infirme.

Pour arracher autant que possible à l'influence des politiciens ou des hauts fonctionnaires administratifs le directeur sanitaire, il conviendrait de faire désigner ce magistrat — nous ne disons pas ce fonctionnaire — par le corps médical organisé, qui, seul, aurait la compétence nécessaire pour le bien choisir. Il serait élu un peu comme les juges consulaires ou les conseillers prud'hommes. Cependant, comme ce magistrat devrait être aussi un agent d'exécution, qu'il pourrait être appelé dans certains cas et sous certaines conditions, à faire usage de la force publique, il devrait être nommé par le gouvernement sur la désignation du Syndicat médical ; en somme comme les magistrats municipaux, les maires et leurs adjoints, qui sont élus, et cependant sont pourvus d'une autorité effective et peuvent disposer de la force publique. Pourquoi ne pourrait-on en faire au-

tant pour le directeur sanitaire, qui, lui aussi, bien que l'élu du corps médical, resterait dans une certaine mesure sous l'autorité du gouvernement ?

Le premier rôle des syndicats médicaux en matière de médecine sociale serait donc d'élire ou de désigner au gouvernement les docteurs en médecine présentant les conditions requises et la compétence nécessaires pour remplir les fonctions de directeur sanitaire (1).

***

Mais, pour comprendre le rôle le plus important que nous désirerions voir jouer aux Syndicats, examinons comment pourrait procéder le directeur sanitaire.

Le voilà donc désigné par les Syndicats médicaux et nommé par le gouvernement, entré en possession de sa charge. Comment va-t-il opérer ?

Nous le voyons saisir périodiquement le Syndicat médical, par l'intermédiaire de son bureau, d'une Commission syndicale spéciale ou tout autre moyen, de toutes les questions d'ordre sanitaire ou social qui nécessitent son intervention. Le Syndicat ou ses représentants apprécieraient l'importance de ces questions et en retiendraient un certain nombre. Ces dernières seraient, par les soins du Syndicat, soumises à une conférence où tous les praticiens exerçant dans la localité ou la région intéressée seraient convoqués.

A cette conférence, le directeur sanitaire exposerait ses vues, prendrait note des observations et des objections des praticiens. D'un accord le plus souvent facile, résulteraient des mesures que le directeur sanitaire aurait la charge de faire appliquer. Cette consultation entre confrères (le directeur sanitaire, ayant exercé plusieurs années dans la région, serait évidemment considéré comme un confrère), cette consultation amènerait toujours d'excellents résultats. Souvent ce serait, au contraire, le Syndicat qui saisirait le directeur sanitaire de ses préoccupations sanitaires ou sociales. Il arriverait que le directeur sanitaire convaincrait les praticiens de la nécessité de certaines mesures. Parfois ces derniers lui démontreraient l'inutilité de certains procédés administratifs vexatoires et en indiqueraient d'autres mieux appropriés.

Y aurait-il conflit, ce qui serait rare, mais évidemment possible ? Il serait tout aussitôt réglé. Une sorte de tribunal d'appel, de Conseil supérieur sanitaire où les Syndicats médicaux et les directeurs sanitaires de la région auraient élu en nombre égal des délégués, présidés par un médecin savant et hautement apprécié, désigné par ces derniers délégués, trancherait le conflit.

Vous voyez ce que serait alors le rôle des syndicats médicaux ; le directeur sanitaire, leur émanation, magistrat indépendant, serait tenu d'avoir recours à leurs conseils ; sans perdre son autorité, il deviendrait souvent leur agent exécutif, un peu comme le maire est l'agent exécutif de son conseil municipal, sans pour cela échapper au contrôle de l'Etat. La plus grande latitude pourrait être laissée au directeur sanitaire qui, outre les médecins, aurait aussi à tenir compte de la collaboration d'autres professions (pharmaciens, vétérinaires, architectes) et des pouvoirs locaux (municipalités, conseils généraux, etc.)

Dans ses tâches multiples et difficiles, il ne saurait se passer de l'appui du corps médical et le Syndicat serait pour lui une institution tutélaire.

Tout ne se bornerait pas là. Il conviendrait d'organiser des conférences périodiques où, officiellement, les délégués des Syndicats médicaux, des directeurs sanitaires, des vétérinaires, des architectes, des municipalités, des conseils généraux viendraient discuter, amender, modifier les propositions d'ordre général que le gouvernement pourrait leur faire au sujet de la réglementation de l'hygiène et de la médecine sociale. Ces conférences auraient le droit de prendre des initiatives, de présenter des projets que le gouvernement serait tenu de soumettre au pouvoir législatif.

On peut voir par cet exposé général, qui aurait besoin d'être développé et précisé, que les Syndicats médicaux seraient loin d'être annihilés dans l'organisation qui est l'objet de nos études. Leur rôle serait d'autant plus important qu'ils seraient plus actifs, car rien ne fixerait les limites de la collaboration des médecins avec le directeur sanitaire.

Tout ceci est fort bien, objectera-t-on, mais il est des régions où il n'existe pas de syndicats médicaux, d'autres où ils existent, mais où ils sont atteints de l'incurable maladie du sommeil. Comment procédera-t-on alors ?

Ce sera fort simple.

L'autorité administrative convoquera personnellement chaque médecin inscrit sur les listes officielles.

Présidés par leur doyen d'âge, ils discuteront en une Assemblée générale les questions qui leur seront soumises et ces réunions seront considérées comme celles d'un Syndicat qui ne tarderait pas d'ailleurs à en sortir.

Et si, dans certaines régions, les médecins font la sourde oreille et refusent ou négligent de répondre à la convocation ?

Oh ! ils seront libres, entièrement libres, nous

(1) Cela n'empêcherait pas, si on le jugeait utile, l'exigence d'un certificat ou d'un examen d'aptitude avant la nomination ; examen dans le jury duquel les syndicats médicaux pourront être largement représentés.

ne demanderons pas qu'ils soient frappés d'amendes. Mais alors, le gouvernement aura le droit et le pouvoir de prendre des mesures arbitraires. Il nommera un directeur sanitaire, réunira une Commission spéciale pour le conseiller, fera en sorte comme il fait dans une ville où les habitants ne peuvent s'entendre pour nommer un Conseil municipal et une municipalité.

Avouez que dans pareil projet, le syndicalisme médical ne perd pas ses droits. Et tout ceci nous paraît pratique et susceptible d'être réalisé, sans transformer la Société, sans bouleverser l'Etat et sans renverser la République.

IV

Correspondance.

Il n'y a pas que les médecins qui lisent le *Concours médical.* Nous, les profanes, nous le lisons même peut-être avec un soin plus grand que certains de vos confrères, si j'en crois ce correspondant qui vous affirmait que votre étude sur le rôle social du médecin passerait inaperçue.

Pour nous, en effet, rien de ce qui s'écrit dans le *Concours médical* n'est indifférent, car nous pensons que dans un tel organe, on peut faire de détestable ou d'excellente besogne.

Or, le problème du rôle social du médecin que vous avez posé est quelque peu redoutable ; pour le mener à bien, il faut non seulement la connaissance des besoins réels du Corps médical, mais aussi le souci profond de la « chose publique ».

Chez vous, je me plais à le constater, on ne fait pas de sociologie dans l'espace, on a conscience des réalités, et l'on cherche le possible, et c'est ce qui me fait penser que vous pourrez arriver à la solution pratique.

Mais, permettez-moi de vous le dire, la cloison qui doit séparer le Corps médical en fonctionnaires et en praticiens ne doit, ne peut pas être étanche : il faut que vous trouviez le moyen de mettre en communication les deux catégories, que vous établissiez entre elles des relations sans lesquelles vous n'arriverez à rien d'acceptable.

C'est là le point ardu de la question, et de la manière dont vous voudrez le résoudre, dépendra certainement l'avenir du projet tout entier.

J'attends, je vous l'avouerai, avec une certaine impatience le jour où vous l'aborderez.

Un profane ami du Concours.

Réponse.

Nous remercions vivement notre correspondant de s'intéresser aux travaux du *Concours* d'une manière aussi flatteuse pour nous, et nous pouvons l'assurer que nous nous efforcerons de tenir un compte égal des intérêts du malade, de ceux des médecins et de ceux de la « Chose publique ». Il ne nous suffit pas de créer sur le papier une organisation théorique et de dire : « Si elle n'est pas acceptable, tant pis, nous nous en désintéressons » ; nous voulons, après avoir démoli, reconstruire, et les constructions « dans l'espace » manquent généralement de solidité.

C'est dire que nous nous préoccuperons des répercussions financières et autres que pourra avoir le projet auquel nous aboutirons.

Quant à la question des relations futures entre les médecins praticiens et les fonctionnaires docteurs en médecine, l'étude qui précède la traite déjà avec quelques précisions. Ce que nous ajouterons, c'est que nous ne saurions admettre *la déclaration faite au fonctionnaire, même docteur en médecine, par le médecin praticien* ; rien ne nous aurait servi de démontrer l'incompatibilité des devoirs du médecin traitant avec ceux du médecin chargé d'un service public. Il faut qu'il soit bien entendu que le médecin praticien n'aura jamais à faire une déclaration officielle.

La *déclaration* mise à part, il nous paraît nécessaire que des relations existent entre les fonctionnaires docteurs en médecine et les Syndicats médicaux d'abord, et ensuite les praticiens individuellement, non pas simplement des relations mondaines ou même confraternelles, mais des relations pouvant faciliter aux premiers l'accomplissement de leur tâche. Nous pensons même que le service fonctionnera d'autant mieux que ces relations seront plus étroites, pourvu que le secret professionnel reste intangible pour le praticien.

D'ailleurs, et nous croyons devoir le répéter, nous n'avons aucunement l'intention d'imposer à personne le projet auquel notre étude nous permettra d'aboutir.

Nous le soumettrons aux Syndicats médicaux, et ce sont eux qui décideront, en pleine liberté, s'ils doivent l'adopter. Nous nous bornerons à le leur dire : « la fonctionnarisation vous guette, prenez garde ! Voici un moyen d'y échapper, il est réalisable encore, mais vous n'avez plus de temps à perdre. »

Et, si malheureusement nous ne sommes pas compris, nous aurons du moins le mérite d'avoir posé la question et la consolation d'avoir rempli envers le corps médical notre devoir de Société d'études.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Déclaration et désinfection.

Nous empruntons à l'*Arsenal de l'Hygiène* l'article ci-dessous de notre confrère et ami, M. le Dr Delpeut, qui commente, comme nous l'avons fait nous-même, le : « CONFRÈRES, PRENEZ-Y GARDE ! » du Dr Olivier, paru dans le même organe.

Notre distingué confrère nous fait un tableau, un peu poussé au noir, de la situation que se prépare le médecin qui ne veut pas faire la déclaration des maladies contagieuses prescrite par cette loi.

Par trois exemples pris, paraît-il, entre cent autres, le Dr Olivier essaie de nous montrer le revirement de l'opinion publique, qui, dit-il, depuis quelques années, réclame cette déclaration de la part du médecin traitant. Et il nous rappelle, en y insistant, les termes de l'article 378 du Code pénal qui nous impose le secret professionnel *hormis le cas où la loi nous oblige à nous porter dénonciateur.*

Malheureusement, comme je vais essayer de le démontrer, les exemples cités par notre confrère ne prouvent pas grand'chose à l'appui de sa thèse.

En effet, dans le premier cas cité par notre confrère, il s'agit d'un juge d'instruction (sa fonction n'exige-t-elle pas d'user du dénonciateur et même de le devenir au besoin) qui se plaint à un préfet qu'aucune déclaration n'ait été faite, malgré qu'un certain nombre de cas de diphtérie se soient produits dans une station balnéaire où il villégiature. Et il termine sa lettre en ajoutant : *Aucune déclaration n'aurait été faite, aucune désinfection par conséquent.*

Cette conclusion semble un peu excessive. Comment cet habile magistrat a-t-il pu savoir qu'aucune déclaration n'avait été faite ? Par une indiscrétion ne pouvant provenir que des bureaux de la mairie. C'est bien là un des dangers que le corps médical syndiqué a indiqué comme corollaire à la déclaration.

Une des raisons pour lesquelles nous ne voulons pas de la déclaration, c'est que les fonctionnaires chargés d'en connaître (maires, secrétaires de mairie, etc.) peuvent en user contre leurs ennemis personnels et que, la politique aidant, cela peut devenir, entre les mains de certains, une arme très dangereuse contre nos malades. Et puis, comment M. le juge d'instruction a-t-il pu savoir qu'aucune désinfection n'avait été faite ? Très probablement par une nouvelle indiscrétion, émanant peut-être du Bureau d'Hygiène. Mais il n'y a pas que la désinfection officielle qui soit nécessaire et suffisante. Nous avons montré, à maintes reprises, dans ce journal, QUE LE MÉDECIN TRAITANT ÉTAIT, AUX TERMES MÊME DE LA LOI DE 1902, LIBRE DE FAIRE PROCÉDER LUI-MEME A LA DÉSINFECTION PAR UN DES PROCÉDÉS APPROUVÉS PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. Et comment M. le juge d'instruction peut-il prouver que le médecin traitant n'a pas fait procéder à cette désinfection ? Par une nouvelle indiscrétion.

Nous voyons donc, par cet exemple, que la déclaration des maladies contagieuses ne peut être, telle qu'elle est prescrite par la loi de 1902, qu'une source d'indiscrétions pouvant causer à nos malades des désagréments sérieux. Si le médecin traitant connaît son devoir, il n'a que faire de déclarer une maladie contagieuse ; *il doit, lui-même et sous sa surveillance, faire procéder à toutes les mesures de prophylaxie que comporte la maladie qu'il soigne.*

Le deuxième exemple cité par le Dr Ollivier n'est pas moins instructif. Il s'agit d'un patron qui dénonce un de ses ouvriers comme étant atteint de fièvre typhoïde depuis huit jours. La femme de cet ouvrier est blanchisseuse et elle a reçu, dit le patron, il y a une quinzaine de jours, un paquet de linge provenant d'un typhique. Cette dame ayant consulté son médecin pour savoir s'il y avait un danger quelconque pour elle ou les siens à procéder au nettoyage de ce linge, le praticien aurait répondu négativement. Et le patron ajoute en *post-scriptum* : « Que la personne qui a soigné le typhique à qui appartenait le linge apporté chez la blanchisseuse n'avait jamais été informée, par le docteur qui soignait ce malade, des soins élémentaires à prendre en pareil cas et qu'elle avait elle-même contracté la maladie. »

En lisant cette homélie patronale, je me demande s'il ne s'agit pas ici plutôt d'un potin chez la concierge, que d'un fait exact. Si le fait était exact, ce serait vraiment triste pour la profession médicale, et je crois que le Dr Olivier aurait été mieux avisé avant de publier une accusation semblable, à l'égard d'un de nos confrères, de se renseigner, de faire une enquête auprès du praticien aussi peu exercé dans l'art de la médecine et de la prophylaxie. Si cette enquête avait révélé l'exactitude du fait, c'eût été l'indication d'une défaillance professionnelle à l'égard du médecin traitant et non la preuve que la déclaration fût indispensable.

Dans le troisième exemple donné par le Dr Olivier, il s'agit d'une personne qui, ayant acheté une petite maison, apprend, une fois son acquisition faite, que la sœur du dernier occupant était tuberculeuse et qu'elle était décédée dans cette maison. Il se plaint au sous-préfet qu'aucune déclaration de cette maladie n'ait été faite et il ajoute que le médecin traitant, malgré deux lettres impératives et une lettre recommandée contenant un timbre pour la réponse, a gardé un silence obstiné, ce qu'il ne peut admettre.

Est-ce vraiment utile de faire remarquer au Dr Olivier que dans ce dernier cas, le médecin traitant n'était tenu, par la loi de 1902, à aucune déclaration et qu'aucun tribunal n'aurait pu inquiéter notre confrère pour cette non-déclaration ? Le plaignant en aurait été quitte pour ses frais de procédure et notre confrère eût été infailliblement acquitté, même s'il se fût agi d'une poursuite au civil.

La tuberculose est encore, fort heureusement, comprise dans les maladies à déclaration facultative.

M. le propriétaire eût été mieux avisé au lieu d'adresser un ultimatum au médecin traitant d'aller le trouver et de lui demander de lui indiquer le procédé le plus pratique pour désinfecter sa nouvelle demeure. Celui-ci ne se fût pas formalisé d'une semblable démarche, et il lui eût indiqué un des nombreux procédés usités pour ce genre d'opération. Le médecin n'avait pas à répondre à des épitres comminatoires. Sa dignité lui conseillait de s'y refuser ; il l'a écoutée : il a bien fait. Du reste, si la désinfection après tout décès ou changement de locataire était en vigueur, comme le demande le corps médical des Pra-

ticiens, cette dernière histoire n'eût même pas vu le jour.

De tout cela nous pouvons conclure que le fait de déclarer une maladie contagieuse peut être nuisible à notre malade en raison des indiscrétions dont cette déclaration peut faire l'objet. Que le médecin traitant qui comprend son rôle social est suffisant pour faire prendre toutes les mesures de prophylaxie utiles et pour faire procéder aux désinfections, et enfin qu'il y a lieu de demander au Parlement de hâter le vote de dispositions législatives rendant obligatoire la désinfection après tout décès ou tout changement de locataire.

Voilà la vraie solution. Elle rendra la déclaration inutile et nous en serons enchantés.

C'est pour nous une très vive satisfaction que d'enregistrer les commentaires de notre excellent collaborateur et ami, M. le Dr Delpeut. On voit en effet que, sans nous être donné le mot, nous sommes entièrement d'accord l'un avec l'autre, en particulier sur les points suivants : inconvénients, dangers même de la déclaration obligatoire mise à la charge du médecin traitant ; nécessité de la désinfection en cours et en fin de maladie ; utilité de laisser au médecin traitant l'obligation de prescrire la désinfection quand elle s'impose, et même de la faire exécuter sous sa direction et sous son contrôle. M. Delpeut rappelle en outre une formule que j'ai préconisée et commentée jadis et sur laquelle nous nous trouvons encore en parfaite communion d'idées, à savoir : désinfection obligatoire après tout décès ou tout changement d'occupant d'un local quelconque.

En soutenant cette thèse, nous ne cherchons à personne une mauvaise querelle de mots ni d'idées. C'est parce que nous avons longuement appesanti notre réflexion sur le sujet, c'est parce que nous avons la conviction formelle que nos conceptions satisfont à toutes les exigences en présence, que nous nous y montrons chaque jour un peu plus attaché. C'est aussi parce que nous nous sommes assuré que la formule *désinfection sur la prescription et au besoin sous la direction du médecin traitant*, est tout à la fois pratique, discrète, efficace, économique, voire élégante.

Expliquons-nous. Cela nous sera d'autant plus facile que nous avons la bonne fortune de trouver dans *Paris médical* un article très documenté du professeur Lemoine intitulé : *Désinfection par l'aldéhyde formique.*

« Parmi les nombreux désinfectants utilisés aujourd'hui, écrit l'auteur, l'aldéhyde formique semble le plus puissant ... » On obtient ce corps, soit en évaporant ou en pulvérisant la solution de formol du commerce, soit en volatilisant le trioxyméthylène. La désinfection des locaux en surface est en effet assurée par l'aldéhyde formique, et on a longtemps employé à cet effet des appareils qui se maniaient en dehors de la pièce à assainir, l'aldéhyde formique pulvérisée ou vaporisée pénétrant dans celle-ci au moyen d'un dispositif ingénieux placé dans le trou de la serrure. Mais, dès que le cubage du local dépasse un certain maximum, — 70 à 80 mc. — ce système ne donne que d'insuffisantes garanties et il est préférable de multiplier le nombre de foyers producteurs de gaz germicide dans la pièce elle-même, à raison d'un foyer par 80 mc. Chaque foyer peut être représenté par un récipient rempli de solution de formol du commerce (à 40 %) additionnée de son cinquième d'eau ordinaire, et chauffée par une lampe à alcool.

Ce procédé est un peu sommaire et expose à l'inflammation des vapeurs dégagées et à des risques d'incendie. Il est infiniment plus pratique et moins dangereux de recourir à la cartouche Fumigator, qui renferme du trioxyméthylène dans un cylindre de cuivre entouré d'une pâte à combustion lente. Cette pâte, en brûlant lentement, « porte la matière antiseptique à une tem- « pérature où elle se volatilise rapidement sans « brûler ni s'altérer, en donnant d'abondantes « vapeurs d'aldéhyde formique qui se répandent « dans tout le local à stériliser. » Au dire du professeur Lemoine, le Fumigator est en outre d'un maniement plus commode et offre beaucoup plus d'exactitude au point de vue de la quantité de vapeurs dégagées que certains autres procédés, dans lesquels l'aldéhyde formique serait obtenue simplement en mettant la substance au contact de l'eau.

La désinfection en profondeur est un peu plus complexe. On la réalise par le formol, en utilisant une étuve dans laquelle la température doit atteindre 90°, et dont l'atmosphère doit être constamment maintenue humide par un abondant dégagement de vapeur d'eau.

Bien que ces étuves soient très portatives et très pratiques, il se présentera longtemps encore des circonstances qui ne permettront pas son emploi. C'est ainsi qu'à la campagne et dans les petites localités, on sera amené à procéder aux opérations de désinfection en l'absence d'un arsenal aussi perfectionné.

Le Fumigator se prête parfaitement à ces circonstances, et en même temps qu'il stérilise en surface, il peut agir en profondeur sur les tentures, à supposer qu'elles existent, sur le contenu des meubles, sur les objets de literie, sur les vêtements même. Il suffit de disposer un foyer par 6 à 10 mc. et de faire évaporer pendant l'opération, de l'eau commune. On aura eu soin d'ouvrir largement les meubles, les tiroirs, et d'éparpiller ou de desserrer les vêtements et la literie, de manière à ce que les gaz stérilisants puissent pénétrer partout.

En outre, tout ce qui est lavable sans inconvénients, y compris la laine des matelas, peut être

mis à tremper dans une solution de fluoformol.

Ainsi, on voit combien la désinfection est à la portée de tous, et comme il est facile au médecin traitant d'en prescrire et d'en faire surveiller les différents temps.

En cours de maladie, l'eau de Javel, les sulfates de fer ou de cuivre, le fluoformol, permettront la désinfection immédiate des récipients, des déjections, du linge de corps ou de literie, ainsi que le nettoyage antiseptique des mains de l'entourage du malade. Pour plus de garantie, on pourra transporter chemises, mouchoirs, draps, taies, etc., dans de grands sacs de toile lavable qu'un repassage avec un fer très chaud aura préalablement stérilisés.

En fin de maladie, quelle qu'en soit l'issue, en désinfectera les locaux avec autant de cartouches de Fumigator que le volume des pièces le nécessitera. On aura préalablement lavé copieusement les murs et les planchers avec de l'eau de Javel coupée d'eau commune.

Si l'on peut disposer d'une étuve au formol, en lui confiera le soin de stériliser les vêtements. Sinon, on procédèra comme il a été exposé plus haut.

Telles sont, dans leur plus simple expression, les opérations nécessaires et suffisantes pour répondre aux exigences de l'hygiène prophylactique la plus rigoureuse. Il n'est pas nécessaire par conséquent, pour les effectuer, de mettre en branle les organismes officiels, les postes de désinfection (qui n'existent pas partout, à beaucoup près), les agents du service, agents-voyers, cantonniers, etc., dont on a pu apprécier le tact, la correction et le savoir faire en maintes occasions.

C'est donc à bon droit et à juste titre que nous pouvons préconiser scientifiquement la formule qui doit remplacer dans la loi de 1902 les prescriptions relatives aux maladies contagieuses: désinfection obligatoire sur ordonnance du médecin traitant, la déclaration à l'administration devant incomber uniquement au malade ou à ses ayants-droit, sans que le praticien ait jamais à intervenir.

G. Duchesne.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Paris Médical publie sous le titre « L'intermédiaire des médecins » des courtes études sur des questions professionnelles courantes, comportant des solutions qui ne sont pas toujours d'une exactitude ou d'une netteté parfaites.

En voici deux, que nous croyons devoir reprendre, parce que précisément, elles ne nous paraissent pas avoir été traitées avec toute la précision qui convient.

Comme elles présentent pour le praticien un intérêt certain, nous les reprenons intégralement en y apportant les compléments ou les rectifications qu'elles appellent.

Un certificat de décès.

Messieurs,

Je demande à *Paris-Médical* à titre d'abonné, de vouloir bien compléter mon instruction médico-légale sur ce point :

La mairie de ma commune m'a fait parvenir des bulletins de décès, dont un modèle ci-joint, et exige de moi un diagnostic précis des causes de la mort de mon client. Suis-je en droit de refuser à l'administration communale ce qu'elle me demande, me retranchant derrière le secret professionnel ?

COMMUNE DE ......

Bulletin indicatif des causes de décès

Le médecin soussigné certifie que M........
.... demeurant rue ....
Sexe : .... Age : ....
est décédé par suite de ....
le .... à .... heure..
du .... Certifié exact :

Etat civil

Fil de............ Epou / Veu de..........
et de ....
Né à ....
le .... Célibataire.

D'autre part, l'administration communale est-elle en droit d'exiger pareil bulletin de décès d'un médecin traitant ?

Comptant sur votre obligeance, je vous remercie déjà

Un abonné.

Notre abonné nous demande s'il peut indiquer sur les bulletins de décès les causes qui ont déterminé la mort de ses clients.

La réponse est simple : si notre lecteur agit comme médecin de l'état-civil, il le peut sans aucun doute ; si au contraire, c'est au médecin traitant que la commune demande ce renseignement, il est en droit de le refuser et il violerait le secret professionnel auquel il est tenu s'il y répondait.

Adrien Peytel.

Un premier point de détail qui a bien son importance : nous ne dirons pas que le médecin traitant *a le droit*, mais le devoir de refuser à la commune le renseignement qu'elle lui demande

touchant le diagnostic de la cause de la mort de tel de ses habitants.

Cette question du certificat de décès est d'ailleurs des plus complexes. La loi n'impose nullement aux officiers de l'état-civil l'obligation de s'en faire délivrer par un homme de l'art, sauf les signes, indices ou présomption de mort violente.

L'article 77 du Code civil est en effet ainsi conçu : « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation de l'officier de l'état-civil qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée, pour s'assurer du décès..... »

L'article 81 est d'autre part ainsi rédigé :

« Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de la soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, *assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie*, aura dressé procès-verbal... ».

Pour mettre leur responsabilité à l'abri, les maires des grandes villes confient à des médecins, dits médecins de l'état-civil, ou encore médecins des morts, la mission d'aller vérifier les décès à leur place, mais dans les campagnes, il n'en est plus de même : ou bien les maires délivrent les autorisations d'inhumer sans certificat de décès, ou bien ils en réclament aux intéressés qui ne peuvent s'adresser qu'à leur propre médecin.

Or, le médecin de l'état-civil est à proprement parler un fonctionnaire, chargé par une administration de lui fournir tous les renseignements techniques dont elle a besoin .

Il n'est responsable que vis-à-vis de cette administration, et n'est tenu à aucune obligation à l'égard du décédé et de sa famille. Il certifie donc l'authenticité de la mort et par ce seul fait qu'il délivre un certificat conclut que cette mort est naturelle, puisque nous avons vu qu'en cas de soupçons ou d'indications de mort violente, l'officier de police se transporte effectivement et dresse un procès-verbal.

Que par surcroît le médecin de l'état-civil spécifie la cause de la mort, s'il croit la connaître, c'est là simple question de statistique que la loi ne prévoit pas et n'impose pas. Mais comme le dit fort bien M. A. Peytel, il peut le faire sans aucune difficulté : *il n'est pas lié par le secret professionnel.*

Le médecin du décédé au contraire est rigoureusement tenu par l'article 378 du Code pénal. S'il se trouve appelé à délivrer, pour l'état-civil, le certificat de décès de son client, deux cas peuvent se présenter : ou bien ce certificat lui est demandé par la famille du défunt, ou bien il doit l'établir comme médecin de l'état-civil, quand il en remplit les fonctions ainsi que cela peut arriver dans les petites localités.

Dans le premier cas, on serait peut-être tenté de considérer qu'il peut à la rigueur sans faire connaître les causes de la mort, certifier que celle-ci est RÉELLE. C'est la seule chose que la loi exige.

On irait peut-être jusqu'à lui concéder d'ajouter : *et naturelle*. Eh bien ! Si la mort n'est pas naturelle, si elle est le résultat d'un crime, qu'il connaît, ou qu'il soupçonne, le moins qu'il puisse faire est de refuser dans ce cas particulier de délivrer un certificat, et parce que, habituellement, il n'agit pas ainsi, il se sera implicitement rendu *dénonciateur*.

Dans le second cas, le problème est encore plus complexe. Prenons un exemple. Je soigne une jeune fille sur laquelle des manœuvres abortives ont été pratiquées avec succès, si j'ose dire. Elle meurt. Comme médecin traitant, je suis tenu au secret professionnel, mais comme médecin de l'état-civil, je dois renseigner l'état-civil qui déclanchera ensuite l'appareil judiciaire, s'il y a lieu. Cruelle angoisse ! Comment en sortir ?

Comment en sortir dans les deux cas ? Pour nous, c'est d'une simplicité élémentaire : Le médecin traitant *ne doit jamais délivrer le certificat de décès de ses clients*. Aux municipalités d'avoir toujours à leur service des médecins chargés de renseigner l'état-civil.

Nous ne saurions donc accepter la théorie de M. CORNET sur le même sujet. Notre distingué collègue estime comme nous que l'idéal à atteindre dans la Société moderne est d'établir une distinction formelle entre le *médecin de soins* et le *médecin de contrôle*. Mais comme nous n'en sommes pas encore arrivés là, il conclut ainsi :

Dans tous les cas, si, en attendant de meilleures organisations, les médecins se refusaient à donner le moindre renseignement, alors que, souvent, et dans l'intérêt même des malades ou des familles, ces renseignements peuvent être nécessaires, ce serait comme une grève du silence dont pourrait souffrir la santé publique. Et pourtant les médecins ont un rôle social des plus élevés, qu'ils doivent mettre en activité dans toutes les circonstances où cela leur est possible, même dans celles où leur conscience peut se trouver aux prises avec des situations délicates, du fait d'améliorations d'ordre public qui ne sont pas encore réalisées et qui ne dépendent pas d'eux.

Nous ne voyons pas, en effet, en quoi l'intérêt des familles exige que les médecins ne se refusent pas à donner le moindre renseignement. S'agit-il des cas de maladies contagieuses ? La loi de 1902 se borne en réclamer la déclaration, le diagnostic posé, nous avons le droit de croire qu'à défaut des services publics de l'hygiène officielle, les praticiens donnent toujours spontanément les indications nécessaires à leurs clients pour réaliser la désinfection en cours et en fin de la maladie.

On ne saurait trop le répéter. Le secret professionnel est rigoureusement inviolable, et le mé-

decin doit avoir la bouche d'autant plus close que son client est mort (1).

Voilà donc un sujet à propos duquel apparaît en pleine lumière cette incompatibilité, que nous dénonçons, entre les obligations du *médecin qui soigne*, et les *fonctions du docteur en médecine* mandaté par une administration publique ou privée.

Créez partout des fonctionnaires docteurs en médecine qui puissent établir les certificats de décès, la situation exposée plus haut n'existe plus ; le secret professionnel est sauvegardé, et la société elle-même concourt à faire respecter tous ses droits.

***

Honoraires pour accidents du travail.

Monsieur,

Abonné à *Paris-Médical*, j'ai recours à la compétence de son rédacteur, sur une question d'honoraires d'accidents de travail.

J'ai eu l'occasion de soigner un ouvrier italien brûlé fortement dans une explosion de grisou. Le malade a été soigné d'abord chez lui pendant une semaine. puis transporté à l'hôpital. J'ai continué à le soigner à l'hôpital, avec l'assentiment du médecin, vieil officier de santé (quatre-vingt-deux ans) qui fait d'ailleurs le service gratuitement.

1° Ai-je le droit de réclamer des honoraires pour les pansements que j'ai faits à l'hôpital, dont je ne suis pas médecin ?

2° L'administration de l'hospice a-t-elle le droit de réclamer en plus du prix ordinaire de la journée, le prix des objets de pansements qui ont été employés. Je fais remarquer que l'hospice-hôpital reçoit surtout des vieillards et des infirmes, qu'il a des ressources infimes et qu'il n'est pas organisé pour recevoir des malades nombreux ou des blessés.

Je pense que vous pourrez me renseigner, et vous prie d'agréer, monsieur, l'assurance de ma parfaite considération.

Un abonné.

Il s'agit dans ce cas d'une situation spéciale. Notre abonné a soigné un ouvrier blessé et lui a continué ses soins quand il a été admis à l'hôpital avec l'autorisation de l'établissement. N'étant pas médecin de l'hôpital, il peut réclamer directement le paiement de ses honoraires, mais il fera bien de se mettre tout d'abord d'accord avec l'administration de l'hôpital, afin que celle-ci, lorsqu'elle réclamera à son tour les frais d'hospitalisation et de fournitures pharmaceutiques ne demande rien pour le médecin.

La procédure la plus simple, afin d'éviter des difficultés de la part du chef d'entreprise, qui pourrait prétendre à une collusion entre notre lecteur et le médecin de l'hôpital, serait de faire réclamer le tout, honoraires de médecin, frais de pharmacie et d'hospitalisation, par l'hôpital, qui a le droit d'agir directement contre le chef d'entreprise.

Adrien Peytel.

Nous serons heureux de recevoir et de publier (sous leur signature ou non, les remarques et opinions que pourra susciter à nos lecteurs la réflexion sur ces deux questions délicates.

Ici, M. Peytel est, qu'il nous permette de le lui dire, dans l'erreur la plus complète.

Aux termes de l'article 4, § 3 de la loi de 1898-1905, le *tout-compris* en matière d'hospitalisation des blessés du travail, est applicable, nonobstant la qualité du médecin traitant, que celui-ci fasse ou non partie du personnel médical de l'établissement.

Donc, ni le médecin, ni la commission administrative ne peuvent réclamer au chef d'entreprise, celui-là, des honoraires, celle-ci des frais de pansement, pour les soins donnés à l'hôpital, en dehors du prix de journée prévu par la loi, et qui ne peut en aucun cas dépasser 4 fr. à Paris et 3 fr. 50 partout ailleurs.

Ce qu'on peut dire en thèse générale, c'est que l'hôpital, fait pour les indigents, ne devrait jamais accepter de blessés du travail, à moins d'avoir organisé à leur intention des salles ou des chambres pouvant être considérées comme des annexes payantes, où médecins et pharmaciens ont le droit de se faire honorer en toute équité.

Il suffirait que les commissions administratives introduisent dans leur règlement intérieur un article analogue à celui que l'hôpital de Château-Renault a inscrit dans son propre règlement, publié intégralement dans le *Concours* et ainsi conçu :

Art. 44. — *Les blessés, victimes d'accidents du travail, seront admis, moyennant le versement par le patron responsable, de la caution prévue à l'article* 41 *précité et par* L'ENGAGEMENT PRIS PAR LUI DE PAYER A PART TOUS LES FRAIS MÉDICAUX OU PHARMACEUTIQUES OCCASIONNÉS PAR LE SÉJOUR DU BLESSÉ A L'HOPITAL.

Et à ce propos, la *Revue de législation et d'administration hospitalières* qui publie dans son numéro 18 (1913) certains articles de ce règlement, fait, dans une note, à l'article qui précède, l'objection suivante :

Les conditions de traitement touchant les acci-

(1) On pourrait nous objecter qu'un arrêt de la Cour de Cassation de 1907 a décidé que le médecin peut donner certains renseignements sur la nature de la maladie dont est mort un de ses clients, à la sœur de celui-ci, si le fait n'est pas secret de sa nature. Mais d'autre part, si les tribunaux admettent que le malade peut relever son médecin du secret professionnel, ce dont nous estimons d'ailleurs que ce dernier est libre de ne pas user, le même droit ne saurait être accordé à ses héritiers. Il n'y a qu'un point qui manque de clarté dans tout ceci, c'est la définition de ce qui est ou n'est pas secret de sa nature. Comme ce sont des questions d'espèce fort difficiles à apprécier, nous persistons dans notre intransigeance, et nous continuons à soutenir que le médecin est tenu en toutes circonstances au mutisme le plus absolu.

dents du travail (*art.* 44, 45 *et* 46) *sont contraires au texte de l'article* 4 *de la loi de* 1898, *modifié par celle du* 31 *mars* 1905,*et condamnées par la jurisprudence.*

Entendons-nous. Les conventions faisant la loi des parties, un hôpital a le droit de faire avec un chef d'entreprise un contrat aux termes duquel celui-ci devra payer les frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par le traitement dans l'établissement de ses ouvriers blessés du travail.

Plus généralement, lorsqu'un hôpital a fait approuver un règlement intérieur comportant une clause analogue à celle que l'article 44 ci-dessus précise, ce règlement est parfaitement opposable au *tout-compris*, avant l'entrée du blessé du travail dans l'établissement.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Réforme du concours de l'internat des hôpitaux de Paris.

Le conseil de surveillance de l'Assistance publique vient, sur le rapport de M. Bonnaire, d'approuver à l'unanimité le projet de réforme de l'internat ci-dessous.

La nouvelle réglementation sera applicable au prochain concours en 1914.

Réglementation nouvelle du concours de l'internat en médecine.

La nomination aux places vacantes d'internes en médecine fait l'objet d'un concours à deux degrés.

Les compétiteurs sont appelés à subir une première épreuve, dite de sélection. Cette épreuve a pour objet de restreindre le nombre des candidats admis à participer au concours définitif.

Chaque année, dans les premiers jours du mois de juillet, M. le Directeur forme un jury composé de membres du corps médical des hôpitaux désignés par le sort et choisis parmi ceux ayant été nommés au cours de la pénultième et de l'antépénultième année.

Ce jury a pour mandat de noter, sous l'anonymat des candidats, une composition écrite portant sur l'anatomie. Il est constitué par 3 médecins, 2 chirurgiens et un accoucheur, ce dernier pouvant être remplacé par un oto-laryngologiste ou un ophtalmologiste.

Le sujet de la composition consiste en un questionnaire portant sur six sujets d'anatomie d'un caractère élémentaire. Les questions sont réparties en deux séries de trois : la première série a pour programme : l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, les vaisseaux et nerfs périphériques et les organes des sens. La seconde porte sur la splanchnologie, le système nerveux central et l'appareil génito-urinaire.

Une heure est accordée pour cette composition.

Les candidats rédigent sur deux copies séparées les réponses aux deux séries de questions. Les copies ne sont pas signées, sur chacune d'elles le candidat inscrit ses nom et prénoms à l'angle supérieur de la première page. Il remet personnellement ses deux copies à l'un des bureaux constitués par un des membres du jury assisté d'un représentant de l'Administration, en la forme déterminée d'après l'avis du Conseil de surveillance en date du 1er février 1906. Sous les yeux du candidat, les deux copies sont placées dans une enveloppe commune ne portant aucune suscription.

L'anonymat est établi de la façon suivante :

Sur les deux copies contenues dans chaque enveloppe, dans un premier temps, on masque le nom en rabattant et en scellant l'angle supérieur de la première page. Dans un second temps, les enveloppes contenant les copies rendues anonymes sont mélangées. Dans un troisième temps, chacune des deux copies reçoit un numéro d'ordre distinctif. Ce numéro est imprimé à l'aide d'un composteur sur l'angle inférieur de la première page, lequel est disposé de façon à pouvoir être rabattu et scellé comme l'angle supérieur. La note attribuée à chaque copie doit être inscrite ultérieurement à côté du numéro d'ordre.

Le jury se divise en deux sections pour juger les deux séries de copies, selon une notation de 0 à 15 pour chacune d'elles. L'une des sections, composée d'un médecin, d'un chirurgien et d'un accoucheur ou d'un spécialiste, juge les questions de la première série. L'autre section, composée de deux médecins et d'un chirurgien, note les copies de la seconde série.

Dans les deux sections, la lecture des copies est faite devant le jury par l'un de ses membres, Les séances du jury ne sont pas publiques.

Une fois la notation terminée, les deux sections du jury se réunissent et elles procèdent à la désignation des candidats admis à prendre part au concours définitif de l'internat. Le classement s'établit d'après la somme des points obtenus par les deux copies revêtues du même numéro d'ordre. Les résultats de cette épreuve, indiqués en points, ne devant pas compter dans le concours définitif, resteront ignorés. Il est retenu, d'après la notation, pour prendre part au concours définitif, un nombre de candidats fixés comme suit :

Le nombre des candidats appelés à participer au concours définitif est égal au quadruple de celui des places d'internes à pourvoir.

Les internes provisoires en exercice sont dispensés de l'épreuve de sélection et inscrits de droit, à condition qu'ils ne se soient en aucun cas

récusés à l'occasion des remplacements pour lesquels ils ont pu être désignés. Il est, en conséquence, retranché du nombre des candidats à retenir d'après l'épreuve de sélection, celui des internes provisoires aptes à concourir.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à la proportion du quadruple, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Avant de dévoiler les noms cachés sur les copies sélectionnées, on fait disparaître les numéros d'ordre et la notation qui ont servi à la désignation des candidats. Ceux-ci sont classés et présentés par ordre alphabétique, sans qu'il soit possible de connaître le point obtenu par chacun d'eux.

Concours d'admission à l'internat.

Le jury du concours de l'internat en médecine se compose de douze membres dont six médecins, cinq chirurgiens et un accoucheur, désignés en la forme accoutumée.

Peuvent siéger dans le jury, un aliéniste au lieu et place d'un médecin et un ophtalmologiste ou un oto-rhino-laryngologiste aux lieu et place d'un chirurgien.

Les juges désignés pour faire partie du jury de l'épreuve de sélection ne peuvent entrer dans le jury du concours définitif, même s'ils se sont récusés pour juger l'épreuve préalable.

Le concours comprend quatre épreuves, savoir :

1° Trois épreuves écrites anonymes ;

2° Une épreuve orale.

Les trois compositions écrites sont rédigées en trois séances. Celles-ci se succèdent à court intervalle, de façon à être terminées, autant que possible, dans un laps maximum de trois jours.

Pour chacune des compositions, il est attribué une heure et demie aux candidats, dont une demi-heure pour la réflexion et une heure pour la rédaction. Aucune abréviation dans l'écriture n'est autorisée.

Au commencement de chaque séance, le choix des questions à proposer est arrêté par le jury réuni au complet.

La première composition porte sur l'anatomie, la seconde sur la pathologie interne, la troisième sur la pathologie externe ou les accouchements.

Pour la première question, le jury doit préciser si le sujet proposé comporte l'histologie et la physiologie.

Tout candidat n'ayant pas participé aux trois épreuves et remis trois copies est éliminé du concours.

Il en est de même lorsqu'une des trois copies reçoit la note zéro.

Le jury se divise en trois sections pour juger les trois ordres de compositions, savoir :

Pour la composition d'anatomie : 1 médecin et 3 chirurgiens ;

Pour la composition de pathologie interne : 4 médecins ;

Pour la composition de pathologie externe ou d'accouchements : 2 chirurgiens, 1 médecin, 1 accoucheur ;

Pour la première composition, il est proposé trois questions portant sur l'anatomie ;

Pour la seconde, trois questions de pathologie interne ;

Pour la troisième, deux questions de pathologie externe et une d'accouchement.

Pour chacune d'elles, le sujet à traiter est tiré au sort.

Après chaque épreuve, les copies sont rangées par ordre alphabétique ; les candidats inscrivent leurs nom et prénoms à l'angle supérieur de la première page.

A la fin de la troisième composition, les trois copies de chaque candidat sont placées sous enveloppe commune, et il est procédé à l'établissement de l'anonymat et au numérotage selon la technique déjà suivie pour l'épreuve de sélection.

Cette manutention est effectuée en présence de six candidats désignés par le sort.

Dans chacune des sections et à chaque séance, la lecture des copies anonymes est faite devant le jury par deux internes en exercice, en séance non publique. Le maximum des points à attribuer à chaque copie est de 15.

Une fois la notation terminée dans les trois sections, le jury se réunit pour désigner les candidats à retenir ; leur nombre est égal au triple des places d'interne vacantes.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats ayant obtenu le point limite pour l'admissibilité comporte un excédent par rapport à cette proportion, ceux-ci sont tous compris dans la liste des admissibles.

Les candidats appelés à subir l'épreuve finale sont désignés par ordre alphabétique. Le point obtenu par chacun d'eux pour les trois épreuves écrites doit demeurer inconnu jusqu'à la fin du concours.

Dans le but d'assurer le secret, on soumet les copies retenues pour l'admissibilité à la triple manutention suivante :

Premier temps. Sur les trois copies portant même numéro d'ordre, on rabat et on scelle l'angle inférieur de la première page, de manière à cacher en même temps le numéro d'ordre et le point obtenu qui a été inscrit à côté de ce dernier. Les trois copies, privées à ce moment de tout signe distinctif, sont placées sous une enveloppe commune.

Deuxième temps. Les enveloppes sont mélangées.

Troisième temps. On extrait les trois copies

de chaque enveloppe et on dévoile les noms.

Cette manutention des copies est effectuée en présence de trois, au moins, des membres du jury et de six candidats désignés par le sort.

Epreuve orale.

Pour juger l'épreuve orale, le jury se reconstitue par la réunion de ses trois sections.

L'épreuve orale consiste dans l'exposé de deux sujets portant l'un sur la pathologie interne et l'autre sur la pathologie externe ou les accouchements.

Il est accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, l'ensemble des deux questions qui sont échues.

La notation de cette épreuve se fait de 0 à 20.

Après la dernière séance d'épreuve orale, le jury procède au classement des candidats par ordre de mérite. La notation tenue cachée sur les copies est dévoilée et les points obtenus dans les épreuves écrites et à l'épreuve orale sont additionnés.

Au cas où le point le plus élevé est acquis par plusieurs candidats, ceux-ci sont appelés à subir devant le jury une épreuve orale supplémentaire.

Conditions d'accession à l'épreuve de sélection et au concours définitif de l'internat.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'interne en médecine.

Les externes des hôpitaux peuvent se présenter quatre fois au concours de l'internat. Ceux qui ont accompli une année de service militaire effectif au moins acquièrent le droit de prendre part à cinq concours.

Pour se présenter à l'épreuve de sélection, les candidats doivent être munis des pièces suivantes :

1° Un certificat constatant leurs services en qualité d'externe depuis le 1er mars précédent sans interruption ;

2° Des certificats délivrés par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externe et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

3° Un premier certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine constatant qu'ils sont munis de onze inscriptions au moins prises en vue de l'obtention du diplôme d'Etat.

Les candidats désignés pour prendre part au concours de l'internat doivent, en outre, présenter avant le 1er octobre les pièces complémentaires suivantes :

1° Un second certificat délivré par les chefs de service et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont été attachés en qualité d'externe, attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec exactitude, zèle et subordination depuis le 1er juillet précédent ;

2° Un second certificat délivré par la Faculté de médecine établissant qu'ils sont munis, à ce moment, de leur douzième inscription.

Disposition transitoire concernant le droit d'accession au Concours.

Par mesure transitoire, la disposition limitant le nombre des concours autorisés pour chaque candidat ne sera pas appliquée aux élèves ayant déjà pris part jusqu'ici aux concours de l'internat, c'est-à-dire avant la mise en vigueur du nouveau règlement. Ceux-ci conserveront, en conséquence, le droit de concourir pendant les huit années qui suivent la prise de leur première inscription avant l'expiration de leur sixième année d'externat.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 22, 29 *janvier* et 5 *février* 1914.

Admissions. Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3.241 Gentil, à Paris, 45, rue de Bellechasse.
3.242 Beugnon, à Montesson (Seine-et-Oise.)
3.243 Nouvian, à Crugny (Marne.)
3.244 Harter, à Liffol-le-Grand (Vosges.)
3.245 Baudot, à Pontrieux (Côtes-du-Nord.)
3.246 Haussmann, à Estissac (Aube.)
3.247 Bramard, à Luzy (Nièvre.)
3.248 Portret, à Paris, 118, avenue Victor-Hugo.
3.249 Guéry, à Bois-Guillaume (Seine-Infre.)
3.250 Vincent, à Aulnay-sous-Bois (Seine-et Oise.)
3.251 Le Noël, à Paris, 39, avenue Laumière.
3.252 Vincent, à Mouvaux (Nord.)
3.253 Guille, à Sennecey-le-Grand (Saône-e Loire
3.254 Guiberteau, à Saint-Jean-de-Corcoué (Loire-Inférieure.)
3.255 Branlard, à Angers,
3.256 Dunaud, à Vallore-Ville (Puy-de-Dôme.)
3.257 Couvreur, à Pouru-Saint-Remy (Ardennes.)
3.258 Lascoux, à Souillac (Lot.)
3.259 Roulliès, à Agen (Lot-et-Garonne.
3.260 Eloire , à Bertry (Nord.)
3.261 Guinaudeau, à La Rochelle (Ch.-Infre.)
3.262 Seigneur, à Saumur (Maine-et-Loire.)
3.263 Cour, à Malzieu-Ville (Lozère.)

3.264 Lavoine, à Louviers (Eure).
3.265 Gourcerol, à Ouistreham (Calvados.)
3.266 Abarnou, à Saint-Pierre (Finistère.)
3.267 Fidao, à Malesherbes (Loiret.)
3.268 Lallement, à Besançon (Doubs).
3.269 Reyès, à Vuillafans (Doubs.)
3.270 Testé, à Lignac (Indre.)
3.271 Mallet, à Paris, 21, avenue d'Orléans.
3.272 Lisle, à Pau (Basses-Pyrénées.)

— Le Conseil décide de nommer deux nouveaux membres, jusqu'à l'Assemblée générale de 1914, pour remplacer le regretté Dr Jeanne, secrétaire-général adjoint, et le Dr Bellencontre, qui a donné sa démission de syndic, étant retenu par ses obligations professionnelles.

MM. les Drs Duchesne et Molinéry sont nommés membres du Conseil. En outre, M. le Dr Duchesne sera chargé des fonctions de secrétaire général adjoint.

— Le Dr A. demande l'appui pécuniaire pour pouvoir interjeter appel d'un jugement de paix qui refuse d'admettre le cumul.

Le Conseil estime qu'il est inutile de provoquer de nouvelles décisions judiciaires avant que la Cour suprême se soit prononcée sur la question, et refuse l'appui demandé.

— Le Dr L. se voit reprocher par une assurance d'avoir fait trop de pansements à un ouvrier gravement blessé. La Compagnie essaie d'intimider notre confrère en le menaçant de lui faire faire des frais de procédure et d'expertise supérieurs à la diminution d'honoraires qu'elle veut lui imposer.

Après vérification de la note et du dossier, le Conseil accorde l'appui pécuniaire, au cas où il y aurait lieu de faire trancher le différend devant le tribunal.

— Le Dr D. est traîné en appel d'un jugement par lequel il avait fait condamner, avec l'appui du « Sou », un conducteur d'auto à lui payer les honoraires qui lui étaient dus pour soins donnés à la victime.

Appui pécuniaire lui est accordé pour défendre à cet appel.

— Le Dr C. vient de voir la cour d'appel confirmer le jugement du tribunal de première instance le condamnant à payer 20.000 francs de dommages-intérêts à un malade, légèrement blessé à l'œil par application de nitrate d'argent.

Sans préjuger du fond de cette affaire, ni de la suite professionnelle qu'il conviendra de lui donner après que nous aurons reçu l'avis de nos avocats conseils à la Cour d'appel et à la Cour de cassation, le Conseil du « Sou » ordonnance le paiement d'une somme de 3.678 fr. pour frais de procédure et complément d'honoraires d'avocat, et d'une somme de 2.000 francs, montant de la garantie assurée par la caisse spéciale, soit ensemble 5.678 fr. 15.

— Le Conseil ordonnance le paiement de 204 fr. 86 au Dr C. pour frais de procédure et honoraires d'avocat, dans une affaire qu'il a gagnée en justice, et pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été accordé.

— Le Dr D. envoie, sur demande, copie d'un jugement dans une affaire d'accident du travail; le coût, qui est de 4 fr. 50, lui sera remboursé.

— Bordereau de 26 fr. 50 est signé pour frais faits dans une affaire de recouvrements litigieux soutenue par le Dr P. contre un client habitant une ville éloignée de son domicile.

— Le Dr F. se plaint des exigences d'une Société mutuelle scolaire qui voudrait l'obliger à mettre le diagnostic exact sur les feuilles de maladie. Il se refuse à cette violation du secret professionnel, mais craint de voir quelques clients s'adresser à l'autre médecin de la localité.

Le Conseil, apprenant la conduite de son adhérent, se déclare prêt à le soutenir, le jour où ce préjudice sera prouvé.

— Le Dr R. a opéré un blessé du travail dans la salle payante d'une clinique annexée à un hôpital.

Appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de ses honoraires, l'assurance lui opposant le « tout compris ».

VARIÉTÉS

Un essai de Pathologie Historique.
Le siège de Paris et la Commune.

Dans les périodes critiques de l'histoire, l'on a toujours observé de véritables crises de folie frappant les foules. Les exemples de panique qui, sans cause, font fuir des armées ayant déjà donné des preuves de courage, sont des phénomènes fréquemment observés. La terreur qui se répand à travers un pays et dont la Grande Peur qui précéda la Révolution, est un des plus certains exemples est encore un de ces phénomènes de folie collective. Dans un livre de grand intérêt, *La Névrose révolutionnaire*, Cabanès et Lucien Nass ont étudié en médecins ces manifestations morbides de tout un peuple surexcité. Une de ces crises convulsives de la population parisienne, la plus émouvante peut-être, res tait à examiner, celle qui accompagna le *siège et la*

Commune (1). Le Dr Lucien Nass vient de faire, avec un remarquable talent, cette étude difficile et délicate entre toutes ; car elle éveille, 43 ans après, des souvenirs encore vivants, elle ouvre des plaies mal cicatrisées, elle ravive le feu des passions qui est encore incomplètement éteint. Et nous devons savoir gré à notre confrère Nass d'avoir abordé ce sujet avec l'esprit critique et l'impartialité, parfois réellement courageuse, du médecin qui, se mettant en dehors et au-dessus des partis, juge chacun avec la sévérité et l'indulgence qu'il mérite, en soulignant simplement des faits et montrant leur caractère manifestement morbide.

Après avoir constaté, en lisant le livre du Dr Nass, la répercussion qu'curent sur la mentalité des Parisiens les heures tragiques du siège, après avoir déploré les excès criminels de la Commune et de sa répression atroce, qui ont pesé et pèsent encore sur l'histoire politique de la France, nous restons, comme notre confrère, plus confiants que jamais dans les destinées de notre patrie qui sut résister à de pareilles crises et sortir guérie, vivante, saine et fière d'aussi épouvantables crises convulsives.

L. Nass raconte comment, dès le début du siège, les habitants de Paris présentèrent cet état psychique spécial qu'il appelle la mentalité obsidionale. D'abord ce fut une sorte d'angoisse, de surexcitation, pendant la période d'investissement. Puis un soulagement marqué quand l'encerclement complet mit les assiégés en face d'une situation nette. Enfin survinrent les deux symptômes principaux : l'espionomanie et la hantise de la trahison. Des espions, il y en avait certes, mais on en voyait partout ; quant aux traîtres, on les soupçonna surtout à la tête du gouvernement et parmi les généraux qui commandaient la défense. Malgré ces accès de nervosité, le peuple en général montra une bonne humeur étonnante qui tint tête à l'ennui du siège. L'effet moral du bombardement, qu'escomptaient les Allemands, fut nul.

Le gouvernement du 4 septembre ne fut pas à la hauteur de la situation : on l'a qualifié un gouvernement de bavards. Mot dur, mais juste, dit L. Nass. Trochu publiait des proclamations se terminant par la phrase lapidaire que les événements devaient rendre si tristement ridicule : « Le gouverneur de Paris ne capitulera pas. » Jules Favre, sur qui avait aussi soufflé un vent de folie, faisait la fameuse déclaration grandiloquente : « Ni un pouce de notre territoire, ni une pierre de nos forteresses. » Ducrot annonçait à chacune de ses sorties qu'il reviendrait mort ou victorieux. Gambetta et V. Hugo, avec leur éloquence et leur génie, se laissaient aussi aller à un lyrisme exaspéré qui ne modifiait guère la situation. Le peuple suivait l'exemple qui venait de haut et tombait alors dans le burlesque. Le club des Folies-Bergère, le 16 septembre, engageait le gouvernement à décréter la victoire et à prononcer la déchéance du roi Guillaume. A la salle Favié, on prononçait par acclamation un verdict de mort contre Bazaine, Canrobert, Lebœuf et Coffinières que l'on rendait responsables de la situation. Une loge maçonnique mettait en accusation et citait à sa barre, selon les rites, Guillaume I et son fils Frédéric-Guillaume. Le désordre régnait. L'indiscipline était la règle dans cette masse de défenseurs qui critiquaient systématiquement les ordres et les fameux plans de l'état-major. Cependant à Champigny, à Buzenval, ces bandes désorganisées surent héroïquement se conduire.

Les inventeurs des moyens les plus singuliers de défense surgirent de toute part. On créa à leur instigation une commission des barricades pour arrêter le Prussiens, commission qui fut présidée par Rochefort. Trois cent cinquante projets pyrotechniques plus dévastateurs les uns que les autres furent soumis chaque jour au gouvernement. La fusée Satan fit place au boulet à hélices. On songea à munir les pigeons-postiers de sifflets pour effrayer les rapaces que, disait-on, les Prussiens avaient dressés pour les détruire.

On proposa d'utiliser les chiens, de se servir des aigles du Jardin des Plantes pour conduire des ballons.

Un médecin du chemin de fer d'Orléans proposa de distiller les cadavres pour faire du gaz d'éclairage.

A l'Alcazar, on ouvrit l'*Exposition et les expériences d'engins de guerre*, et des inventeurs vinrent montrer la cuirasse invulnérable, proposer d'empoisonner la Seine, conseiller l'usage de la bombe funèbre qui enterrait ceux qu'elle tuait. Un industriel conseilla la construction d'un marteau de 6 kilomètres de diamètre qui, enlevé par des ballons, serait lâché sur Versailles et écraserait Guillaume et Bismarck.

Les femmes furent pour la plupart admirables, malgré un ridicule bataillon d'amazones et une éclosion subite de Jeannes d'Arc, toutes hystériques ou complètement aliénées. Ce fut comme ménagères, ambulancières qu'elles rendirent les plus grands services. Il y en eut cependant qui moururent héroïquement devant l'ennemi, telle cette polonaise, Mme de L., qu'on trouva à Courbevoie, frappée d'une balle et portant une sacoche remplie de lettres qu'elle avait tenté de faire parvenir au-delà des lignes prussiennes.

Les Académies, les Sociétés savantes, les Théâtres ne fermèrent pas leurs portes. Les Parisiens montrèrent en ces jours tragiques qu'ils savaient apprécier les œuvres de génie, quelle

(1) Dr Lucien Nass. *Le siège de Paris et la Commune*, un vol. in-16, prix : 3 fr. 50 (Paris, Plon et Nourrit, édit. 1914.)

que fût la nationalité de leurs auteurs et l'on applaudit aux auditions de Weber et de Beethoven pendant que les obus allemands tombaient sur la ville.

La famine fut courageusement acceptée, on la subit en plaisantant ; un vieil avocat proposa même de manger les vieillards et vanta la philanthropophagie, réclamant l'honneur d'être la première victime.

La mortalité et la morbidité furent terribles. La famine, la peur, l'absence de mesures d'assainissement, développèrent les épidémies. Il n'y eut pas de typhus, mais la variole fit d'épouvantables ravages. La diarrhée, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la pneumonie, décimèrent la population et surtout les enfants, les femmes et les vieillards. Les aliénés devinrent nombreux, augmentés encore par l'ivrognerie et l'alcoolisme.

Les assiégeants furent aussi atteints de névrose, car, comment expliquer les atrocités indiscutables et inutiles qu'ils commirent sans excuses et qui leur firent mériter d'être stigmatisés, avec raison, des noms de vandales et de barbares ?

Toutes ces misères devaient trouver un épilogue infiniment plus triste encore dans les horreurs de la Commune.

Lucien Nass expose avec talent les causes psychologiques et politiques de la Commune : la fureur et la surexcitation des Parisiens lors de l'entrée des Prussiens, leur conviction d'avoir été trahis par leurs chefs, la sottise des gouvernements et des élus de Bordeaux et de Versailles qui, au lieu de panser les blessures de la capitale, les avivèrent de leur défiance et furent jusqu'à proposer l'invalidation des députés parisiens à l'Assemblée nationale. La mentalité révolutionnaire s'établit dans ce milieu si bien préparé où des internationalistes fanatiques prirent la tête du mouvement.

Cette mentalité fut caractérisée par un grand fond de naïveté, de puérilité sur lequel se développèrent les sentiments les plus extravagants, les plus contradictoires qui ne furent corrigés par aucune raison. L'on vit des chefs de la Commune, en grands enfants, endosser des uniformes d'Opéra-Comique, affubler leurs volontaires de chapeaux à plumes et de chemises rouges, se couvrir de galons, se donner les grades de général et de colonel. La plupart, cependant, en vrais mystiques, montrèrent un mépris absolu de la mort et un sang-froid héroïque sur les barricades ou durant les fusillades ; tel Delescluses qui, se voyant vaincu, marcha à la mort sans forfanterie, sans fanfaronnade, et fut se faire tuer sur la place du Château-d'Eau.

Nous ne pouvons analyser ici la suite de ces évènements tragiques, les massacres qui laisseront une réputation sinistre au fou sanguinaire que fut Raoult Rigault, l'exécution criminelle des otages que M. Thiers ne fit rien pour empêcher, les incendies ordonnés par le Comité du salut public.

Nous sommes heureux de relever que grâce à un chirurgien de la flotte, Mahé, le Ministère de la marine, rue Royale, où une ambulance avait été installée, fut épargné.

D'ailleurs, la conduite des médecins fut noble. Il y eut, parmi les cinq médecins ou pharmaciens, qui siégèrent au conseil de la Commune, de véritables aliénés comme Babick ou des fous aux trois quarts, comme Parisel. L'un, Régère, ancien élève d'Alfort, a été indignement calomnié, on l'accusa d'avoir voulu faire exécuter son ancien maître Bouley, et ce dernier au contraire, proclama plus tard qu'il lui devait la vie,

Les praticiens et les étudiants firent leur devoir de médecins, en dehors de toutes préoccupations politiques, bien que suspects pour la plupart et dénoncés par les policiers de Raoul Rigault. Plusieurs furent arrêtés et emprisonnés au fort d'Ivry.

La Commune avait été un acte de folie, sa répression eut le même caractère. Lucien Nass flétrit les excès qui eurent lieu de chaque côté. Nous relevons quelques exemples d'héroïsme et de probité qui ne sauraient cependant nous consoler de toutes ces férocités. Citons la fin tragique de Treilhard, ce brave homme fusillé dans la Cour de l'Ecole polytechnique, qui, nommé directeur de l'Hôtel-Dieu par la Commune, protégea les religieuses, les malades et les médecins. Le jour même de son exécution, sa femme vint rapporter à la mairie, selon les recommandations écrites faites par son mari, 37.440 fr. 80, qui, disait Treilhard dans sa lettre, étaient l'argent des pauvres. Citons encore la mort héroïque du Dr Faneau, fusillé par les Versaillais, pour avoir défendu les blessés de l'ambulance de St-Sulpice qu'il dirigeait, alors qu'il ne partageait pas, bien au contraire, les opinions des hommes de la Commune.

En lisant soigneusement le livre du Dr Lucien Nass (et il en vaut la peine), livre que nous venons ici de parcourir sommairement, un peu à bâtons rompus, on se rendra parfaitement compte que la névrose révolutionnaire n'est pas un vain mot. La Révolution victorieuse ne sut pas borner sa victoire et se livra à tous les excès démagogiques, mais le parti de l'ordre victorieux se montra à son tour impitoyable et aussi persécuteur que le parti révolutionnaire.

J. Noir.

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

Notre regretté confrère, le Dr Jeanne, est décédé brusquement l'autre semaine. Ses amis et ses collaborateurs du *Concours médical* ont loué comme il convenait ce maître, — car ce fut un maître. N'étant point de ses relations, c'est à peine si, çà et là, dans nos Commissions, j'ai eu l'occasion d'admirer sa parole claire, bien française, et son sens net des réalités. Je ne suis donc que plus à mon aise pour rendre hommage, après tant d'autres, à ce vaillant qui est parti trop tôt et dont l'œuvre mérite notre salut bien respectueux.

Donc, on a montré l'homme, mais je vais m'attacher à l'œuvre. Il y a des années, lorsque Le Baron fonda le *Syndicat des médecins de la Seine*, nous ne savions guère, les uns et les autres, où nous allions. Chacun sentait vaguement qu'il y avait quelque chose à faire pour la défense professionnelle, mais, il faut le reconnaître, nos idées restaient confuses et nos plans d'action absolument incertains.

A ce moment, le rôle social du médecin s'ébauchait ; on venait de réaliser l'œuvre amorcée, il y a un siècle, par le duc de La Rochefoucauld, — le La Rochefoucauld de la nuit du 4 août. Précisant les idées soutenues par Mirabeau à la Constituante, le duc-philanthrope avait, en effet, posé le principe de l'assistance médicale aux indigents, et ce n'est pas complètement la faute des grands révolutionnaires si l'œuvre qui s'annonçait si belle dut attendre cent ans avant d'être reprise.

Quoi qu'il en soit, la loi *Loi sur l'assistance médicale gratuite* ayant été définitivement votée, il y a une vingtaine d'années, il apparut clairement à tous que des charges nouvelles allaient nous incomber, et c'est pourquoi, de toutes parts dans la profession, on tenta de s'organiser afin de tirer le meilleur parti possible de la situation qui nous était faite. C'est alors que le Dr Jeanne entre en scène.

**

Né en 1853, ce Normand sage et prudent avait d'abord été marin. Après avoir fait le tour du monde, et croisé, quatre années durant, dans les mers de Chine, notre confrère, — à ce que raconte, dans le *Concours médical*, son excellent biographe, le Dr J. Noir, — s'était établi en 1883 à Meulan (Seine-et-Oise.)

Nommé secrétaire du Syndicat de son département, il montra d'emblée ses qualités en organisant, avec le concours du préfet, les principaux services afférant à la médecine sociale : assistance à domicile, assistance médicale hospitalière, défense sanitaire, désinfection *sous la surveillance et le contrôle du médecin traitant*, tel fut le domaine complexe où s'exerça d'abord son activité. Et je ferai remarquer ici, sans vouloir rien enlever à personne, que Jeanne semble, dès cette époque, s'être préoccupé du rôle prépondérant que doit jouer le praticien, seul compétent, dans toutes les questions administratives d'hygiène. Sans doute, à ce moment-là, nous ne parlions pas du libre choix, mais si nous n'avions pas encore le mot, du moins Jeanne cherchait-il la chose.

La qualité qui caractérisait son esprit, c'est, on peut le dire, sa facilité à se plier aux exigences de la vie collective et à affronter la tyrannie bureaucratique. Essentiellement individualiste, n'ayant jamais de près ou de loin, pris contact avec les choses et les hommes de l'Etat, le médecin a trop souvent tendance à tenir pour possible une amélioration quelconque, parce que marchant à la lutte avec son bon sens souvent un peu naïf, les réalités l'offusquent et l'absurdité de M. le Bureau le décourage.

De son long passage dans la Marine, Jeanne avait, à l'encontre des nôtres, gardé la vision du *tching* administratif. Aussi, quand un principe avait été reconnu par lui comme excellent, sachant que son application était subordonnée aux voies et moyens, il s'attachait à faire cadrer cette application même avec les lois, règlements, décrets, arrêtés, et tout son effort tendait à rendre possible, réalisable, ce que d'autres, sans s'occuper du formalisme administratif, eussent considéré comme accordé d'avance.

***

Cézilly, dont l'esprit était si fin, ne fut pas long à distinguer les dons exceptionnels de Jeanne, et c'est ainsi qu'il l'attacha comme rédacteur au *Concours médical*, où d'emblée notre regretté confrère se plaça au premier rang. Dans ses « Propos du jour », nous le voyons poursuivre durant de longs mois une campagne énergique et féconde, non pas contre la Mutualité, mais contre les abus qu'on en fait. Il dit ce qu'elle elle, et recherchant ce qu'elle devrait être, il lui assigne sa place. Ses études fragmentées, qui vont, comme des traits, se planter entre cuir et chair, inquiètent ses adversaires et redonnent espoir à ses amis découragés.

Notre rôle dans la défense professionnelle, limité d'abord à la Mutualité, à l'Assistance, prend bientôt une ampleur exceptionnelle, lorsque les législateurs édictent la fameuse loi sur les accidents du travail. A ce moment, on veut prendre pour base de nos honoraires le tarif de l'Assistance, mais heureusement, Jeanne a élaboré, lui aussi, un tarif, le « Tarif Jeanne », et lorsque, en 1905, la grande Commission des accidents du travail se réunit, c'est lui qui, avec Brouardel, et M. Dubuisson, arrive à faire accepter après toute une Iliade de difficultés, le fameux Tarif Dubief sur lequel nous vivons encore.

Pour avoir une idée du rôle joué par lui à cette époque, il faut se rappeler son succès quand, faisant face avec tout le corps médical aux Compagnies et aux puissances financières liguées contre nous , il obtint

en huit jours 200.000 francs de souscriptions pour fonder la *Financière médica'e*, puis la *Participation*.

Je n'ai pas la prétention de retracer ici toutes les étapes parcourues par ce bon ouvrier de l'œuvre professionnelle. Parler du *Sou médical*, par exemple, serait superflu., n'est-ce pas ? Cette filiale du *Concours* a rendu et rend assez de services pour que son éloge ne soit plus à faire ; j'en dirai autant de l'Assurance-maladie, qu'il n'avait pas créée, mais qu'il anima de son souffle généreux.

***

J'ai affirmé, tout à l'heure, que Jeanne était un maître ; je vous assure que nul ne mérite mieux que lui ce qualificatif dont on abuse si facilement. Maître, il le fut en nous apprenant le sens net des réalités ; il le fut encore en nous montrant par l'exemple comment, tout en restant courtois, on peut défendre énergiquement ses idées et ses intérêts. Il le fut enfin en formant, sans s'en douter, une multitude d'élèves.

Dans les notices nécrologiques si éloquentes qui lui furent consacrées, on a déploré, ce qui était bien naturel, sa disparition trop brusque, et l'on a regretté aussi qu'il ne fût plus là pour notre défense dans les luttes qui s'annonçent de plus en plus âpres. Eh bien, on peut affirmer, en s'inspirant du poète antique, que celui-là n'est pas mort tout entier, qui a su imprégner les esprits, les plier à des disciplines nouvelles et les diriger dans la voie féconde où ils continueront son œuvre, à la fois pour le plus grand bien des malades et pour la défense de la profession.

F. HELME.

(*Revue moderne de médecine et de chirurgie.*)

***

Nous apprenons avec regret le décès de notre estimé confrère le docteur Jeanne, directeur du *Concours médical.*

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Le Concours des Asiles d'Aliénés. — Modifications au décret du 2 février 1910 :

Art. 1er. — L'article 4 du décret du 2 février 1910 est ainsi modifié :

2° Deux professeurs chargés de cours ou agrégés spécialisés pour la médecine mentale, représentant les deux facultés que le sort aura désignées parmi les facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Quatre directeurs médecins, etc.

Art. 2. — Les paragraphes 1, 2 et 3 de l'article 5 du décret du 2 février 1910 sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Les professeurs chargés de cours ou agrégés sont choisis par les facultés appelées à être représentées dans le jury.

« Celles des facultés qui auront été représentées dans le jury d'un concours sont exclues pour les deux concours suivants. »

Art. 3. — L'article 9 du décret du 2 février 1910 est modifié ainsi qu'il suit :

. . . .

3° Une épreuve sur titres ; le maximum des points est de 12 pour cette épreuve à laquelle le jury doit procéder aussitôt après la correction des épreuves écrites.

. . . .

Pour la premières de ces trois épreuves définitives, le maximum des points est de 20 ; il est de 25 pour chacune des deux suivantes.

— Le Congrès des maladies professionnelles. — Le prochain Congrès international des maladies aura lieu à Vienne en 1914. L'intérêt toujours croissant que les gouvernements et les autorités prennent aux maladies professionnelles, la considération spéciale vouée à ces maladies dans la nouvelle législation sociale de tous les pays, le travail investigateur poursuivi sans relâche par les inspecteurs du travail, par les médecins et les cliniciens des branches spéciales les plus variées, qui ont apporté à nos connaissances des contributions évaluables dans ces dernières années, tout cela non seulement justifie mais rend réellement nécessaire qu'une occasion soit donnée à tous ces savants et professionnels travaillant dans les ressorts spéciaux les plus variés, vouant une partie on leur force entière à l'investigation et aux mesures préventives des maladies professionnelles, de l'action du travail professionnel sur l'organisme humain, d'échanger leurs expériences et opinions, de communiquer les résultats les plus nouveaux de leurs investigations. Tous ces savants et professionnels sont priés de bien vouloir prendre part aux travaux du congrès, mais au-delà de ce cercle sont invités à y prendre part, tous ceux qui, par leur profession ou leur emploi, par leurs études ou leur activité pratique, portent de l'intérêt aux sujets en question.

Le congrès est exclusivement scientifique.

L'ordre du jour est le suivant :

1. *Fatigue.* Physiologie et pathologie surtout par rapport au travail professionnel. Action du travail professionnel sur le système nerveux. Travail de nuit.
2. *Travail dans l'air chaud et humide.*
3. *Le charbon des ouvriers.*
4. *Pneumoconioses.*
5. *Effets nuisibles de l'électricité dans les professions industrielles.*
6. *Intoxications professionnelles* surtout aniline, mercure, plomb.
7. *Effets nuisibles du travail professionnel sur l'ouïe.*
8. *Rapports.*

Pour chacun des sujets un grand nombre de conférences a déjà été annoncé. Une exposition sera arrangée en connexion avec le congrès.

Toutes les personnes et corporations portant intérêt à l'étude de l'action du travail professionnel sur l'organisme, peuvent devenir de *vrais membres* du congrès. Le montant de la cotisation est fixé à 25 couronnes (= 25 francs = 20 marks). On prend des informations plus détaillées auprès du secrétaire général Docent Dr Ludwig Teleky, Vienne IX. Türkenstrasse 23.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 10 Dimanche 8 Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Dans les Ardennes.

Depuis plusieurs mois, le *Concours médical* et le « Sou médical » avaient été conviés par les Syndicats médicaux de Sedan et de la Vallée de la Meuse à une Assemblée des médecins ardennais. Ce fut pour répondre à cette invitation que Vimont, Boudin et nous-même, nous nous rendîmes dans les Ardennes le 21 février dernier.

Notre excellent ami, le Dr Gairal, Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, voulut bien se souvenir des liens d'estime et d'affection réciproques qu'une longue collaboration avait noués entre lui et nous. Il nous offrit cette hospitalité familiale, cordiale et délicate qui devient rare en France, mais dont il a su, avec Mme Gairal, garder le secret. Après nous avoir fait les honneurs de Carignan, il sut évoquer pour nous sur place les heures poignantes de la bataille de Sedan dont il connaît les moindres épisodes, et ce fut après cet émouvant pèlerinage qu'il nous conduisit, le lendemain 22 février, à Charleville où nos confrères avaient été convoqués au buffet de la gare.

Plus de cinquante praticiens (la moitié environ des médecins du département) étaient accourus à la séance. De nombreuses excuses sérieusement motivées exprimaient les regrets des absents, et nous pouvons affirmer que la presqu'unanimité du corps médical des Ardennes s'était intéressée à la réunion.

Nous sommes, avouons-le, un peu confus et très touchés de cette marque d'intérêt donnée au *Concours médical* et à ses œuvres, surtout quand nous songeons que la grosse majorité des assistants était venue de fort loin en automobile par une pluie battante, à travers les chemins défoncés par l'hiver et coupés par les cours d'eaux en crue ; nous avons peine à croire qu'ils firent cet effort seulement pour entendre la voix de nos trois modestes personnes, nous sommes persuadés qu'ils voulurent aussi donner une preuve d'affection aux organisateurs de l'Assemblée : MM. Gairal, Pillière, D'Hôtel, Ripert et Rozoy, dont le dévouement confraternel

est sans bornes, et auxquels nous adressons ici l'expression de toute notre reconnaissance.

Le Dr Gairal présida la séance ; après nous avoir présentés en quelques mots aimables, il nous donna la parole.

Nous fîmes le rapide exposé des trente-trois ans de vie du *Concours médical,* qui résument toute l'histoire de la défense professionnelle à laquelle notre journal fut si intimement mêlé. Nous le montrâmes avec Cézilly, puis avec Jeanne et leurs collaborateurs, semant des idées, qui germèrent et d'où sortirent des organisations aujourd'hui puissantes et vigoureuses, comme les syndicats et le « Sou médical. »

Nous précisâmes le rôle que jouait, devait et voulait jouer le journal, le *Concours médical,* rôle hardi et d'avant-garde, rôle dont les rédacteurs assumaient l'entière responsabilité.

Notre journal convie tous ses lecteurs à coopérer à ses études, il admet la libre discussion, et il préfère la critique et même les reproches qui l'obligent à réfléchir et l'éclairent sur les obstacles, aux félicitations et au muet assentiment qui endorment dans une aveugle confiance.

Mais nous sommes bien décidés à ne pas sortir de notre rôle de journalistes, d'ailleurs suffisamment utile et beau. Nous sommes au *Concours* des gens d'études, ayant acquis par notre passé, par notre travail personnel, par une collaboration de tous les instants avec nos correspondants, une grande expérience des affaires professionnelles, mais nous ne sommes, nous ne voulons, nous ne devons pas être des hommes d'action.

On nous a accusés de vouloir dominer le syndicalisme médical. Rien n'est plus faux, et pour affirmer pareille erreur, il faut bien peu connaître le caractère de ceux qui, à l'heure actuelle, assument la lourde tâche de représenter les syndicats médicaux et de concentrer leur action. L'éloge de leur prudence et de leur énergie n'est point ici à faire, et ce serait les désobliger que de les supposer capables d'abdiquer leur indépendance.

Est-ce à dire que notre rôle soit sans importance ? Evidemment non. Comme tout journal, nous avons une influence, nous entreprenons des campagnes, nous défendons une cause, celle du praticien, nous nous efforçons de convaincre et de faire triompher nos idées ; dans la lutte, s'il nous arrive de frapper, nous ne craignons pas les coups, mais dévoués au syndicalisme médical, que nous considérons comme la sauvegarde de notre profession, nous savons faire preuve de discipline et nous incliner devant les décisions de la majorité, une fois qu'elles sont nettement exprimées.

Notre but est surtout de parfaire notre organisation professionnelle, et ce n'est pas dans cette région, où chaque pan de mur, chaque pont, chaque route, rappellent les tragiques souvenirs de la défaite, œuvre de l'incurie et de l'imprévoyance des gouvernants d'alors, que nous devons insister pour faire comprendre à nos confrères qu'il en est des professions comme des nations, et qu'il ne faut pas attendre l'heure extrême du danger pour préparer la défense.

Vimont prit ensuite la parole pour exposer le but et l'organisation de nos œuvres mutuelles.

Il montra avec netteté ce que devait être une véritable mutualité. Il fit allusion aux difficultés des débuts ; comment les initiateurs de certaines de nos œuvres, partis sur des données incertaines, mus par un sentimentalisme respectable, mais dangereux, commirent des erreurs que nous avons dû avoir l'honnêteté et le courage de corriger ? En mutualité, on ne fait rien avec rien, et chacun ne peut toucher qu'au prorata de ce qu'il donne.

Notre *Mutualité familiale du corps médical français* profite de l'expérience acquise. Les cotisations de ses diverses combinaisons : maladie, pensions, retraites, etc., sont établies scrupuleusement sur des calculs d'actuaires et sont étroitement et régulièrement surveillées par des spécialistes de talent. Nulle œuvre mutuelle ne peut donner une plus grande sécurité, et tous ceux qui voudront se donner la peine d'en étudier le fonctionnement se rendront compte de la solidité de ses bases. Trop fréquemment les médecins, médiocres administrateurs et mauvais calculateurs, se laissent prendre au mirage de projets mal étudiés ; une lacune vicie dès l'origine des déductions qui s'étalent logiquement avec une apparence de vérité et amènent, au bout de quelques années d'expérience, des désillusions désastreuses. Ces fautes ont été soigneusement évitées dans notre *Mutualité familiale* (1.)

(1) Une mutualité, digne de ce nom, ne doit pas fixer, sans raison, ses cotisations à des primes fixes qui selon les circonstances peuvent être excessives ou insuffisantes. Les cotisations, fixées à un chiffre moyen par l'actuaire, sont appelées à varier dans une certaine mesure : soit en plus, soit en moins, selon que la mutualité aura eu des charges plus ou moins lourdes à supporter.

C'est pour cela que régulièrement, des inventaires

Et Vimont montre, en citant des chiffres, que si heureusement, dans les Ardennes, de nombreux confrères, membres de la Mutualité familiale, n'ont, du fait de leur excellente santé, touché aucune indemnité maladie, il en est un nombre appréciable qui, en quelques années, ont récupéré jusqu'à trois et quatre fois les sommes qu'ils ont versées (1).

Ce fut au tour de Boudin à exposer le rôle et le but du « Sou médical ».

Avec sa clarté et sa netteté habituelles, avec sa connaissance approfondie de toutes les affaires locales que le « Sou médical » eut à défendre, Boudin fit une véritable leçon de choses, opposant à la défense collective qui relève des syndicats et de leur Union, la défense individuelle du praticien qui est le but du « Sou médical ». Nous ne pouvons le suivre dans sa démonstration où chaque phrase était étayée par un exemple. Il nous est impossible de peindre l'intérêt que portaient à sa conférence les confrères présents, dont il sut retenir pendant plus d'une heure l'attention sans les fatiguer. Et quand il eut terminé, en traitant l'imprévoyance des indifférents avec une franchise quelque peu brutale, il y eut mieux que des applaudissements pour lui prouver qu'il avait été compris et qu'il avait su convaincre : ce furent de nombreuses adhésions au « Sou médical », adhésions toutes spontanées.

Quelques explications furent ensuite données par M. Gairal sur le règlement de l'Assistance médicale dans les Ardennes où le médecin praticien est traité avec plus de justice que dans la plupart des autres départements.

Un banquet termina la fête. Des toasts furent échangés, mais le dessert nous réservait une surprise. De jeunes confrères non syndiqués de la région de Rethel et de Vouziers s'étaient concertés pendant le repas. Ils créèrent séance tenante un nouveau Syndicat, le Syndicat de la vallée de l'Aisne, et en offrirent la présidence au Dr Beaudier, d'Attigny. Notre ami Vimont, qui a l'avantage d'avoir des intérêts dans l'arrondissement de Vouziers, réclama l'honneur de participer à la fondation du nouveau syndicat. De sorte que tous les médecins des Ardennes se trouvent aujourd'hui syndicalement groupés.

En attendant l'heure du train qui devait nous reconduire à Paris, nos amis ardennais tinrent à nous montrer que dans le Nord-Est, tout comme dans l'Ouest et le Midi, la gaîté française ne perd pas ses droits et l'esprit de nos vieilles chansons gauloises pétilla avec le champagne.

Nous garderons vivant le souvenir des bonnes heures passées dans les Ardennes, et nous remercions vivement, encore une fois, les organisateurs de la réunion de Charleville.

J. NOIR.

doivent être faits par l'actuaire, qui indique si la cotisation est suffisante ou si elle doit être augmentée ou diminuée et dans quelle proportion. Si la société est bien administrée, si l'actuaire fait ses inventaires en temps utile, la proportion de la variation des cotisations est faible. A notre Mutualité familiale, cette surveillance est rigoureuse. C'est elle qui donne à ses adhérents une complète sécurité.

(1) *Ardennes* : Mutualité familiale :

Total des indemnités versées aux adhérents malades ou accidentés du département, au 1er janvier 1913 : 10.196 fr. 45.

Quelques exemples :

	Total des cotisations versées au 1er janvier 1913	Indemnités touchées pour maladies ou accident
Dr P...	2.139 fr.	3.963 fr. 25
Dr E...	375 fr.	860 fr.
Dr B...	297 fr. 50	360 fr.
Dr R...	104 fr.	620 fr.
Dr L...	465 fr. 75	1.030 fr.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur HARTMANN

Anévrysme du creux poplité.

Le malade dont je vous parlerai aujourd'hui est un homme de 57 ans qui est entré à l'hôpital dans le service de M. Barié, pour une paralysie saturnine. M. Barié nous l'a adressé après guérison de la paralysie, une affection nouvelle s'étant manifestée chez le patient. Il y a deux mois, en effet, cet homme remarqua une augmentation de volume de ses malléoles et de sa jambe gauches, en même temps que se dessinait, au niveau de la peau, un lacis veineux d'apparence variqueuse. Cette tuméfaction, ce réseau veineux de la jambe, quelques douleurs enfin accusées par le sujet, attirèrent l'attention du côté du membre inférieur. Ayant constaté la présence dans le creux poplité d'une petite tumeur, M.

Barié fit passer le malade en chirurgie, dans notre service.

Quand, à ce moment (il y a de cela six semaines), nous avons examiné le patient, nous avons trouvé un gonflement de la jambe gauche. La tuméfaction était assez dure et ne donnait pas à la pression digitale, de godet d'œdème bien prononcé. En regardant le creux poplité, on voyait, au lieu de la concavité habituelle de la région, une saillie, une voussure étendue à toute la hauteur du creux poplité, plus marquée à la partie inférieure où sa limite se perdait dans le mollet, assez nettement limitée à la partie supérieure.

Cette voussure offrait des caractères particuliers. A l'inspection, on la voyait animée de battements. Au palper, on sentait une masse arrondie, demi-dure, partiellement réductible, avec des battements synchrones au pouls. D'autre part, quand on prenait la tumeur entre les doigts, on percevait à chaque pulsation un mouvement d'expansion, d'élargissement, qui écartait les doigts. L'auscultation avec le stéthoscope, enfin, permettait d'entendre un bruit de souffle systolique net, assez rude. Tous ces signes disparaissaient par la compression de l'artère fémorale, et, quand on examinait les artères situées au-dessous, la tibiale postérieure et la pédieuse en particulier, il était impossible de percevoir leurs battements.

Le diagnostic était des plus simples. Il ne s'agissait pas, évidemment, d'une tumeur soulevée par l'artère poplitée. Il n'y avait pas seulement battements mais aussi expansion. Une tumeur en rapport avec une artère peut être soulevée, elle n'offre pas toutefois d'expansion. Ce dernier signe élimine toutes les tumeurs extérieures à l'artère. En réalité, le diagnostic d'anévrysme s'imposait.

Quelle était la variété de cet anévrysme ? On a décrit des anévrysmes fusiformes et des anévrysmes sacciformes, termes dont vous connaissez la signification. Nous ne pouvions pas pousser notre diagnostic jusque-là et il était impossible, par l'examen, de définir auquel des deux types nous avions affaire.

Restait à déterminer l'étiologie de la lésion. Les livres énumèrent toute une série de causes. Notre malade répondait aux conditions habituelles de sexe, d'âge (57 ans) et d'altérations artérielles. Son système artériel général était altéré. Comme causes spéciales, nous trouvions d'abord le saturnisme. Nous avons recherché une cause importante, mentionnée comme fréquente, la syphilis. L'anévrysme se produit parce que l'artère est lésée ; or, la syphilis provoque fréquemment des lésions artérielles. Notre patient n'accusait aucun antécédent connu de syphilis, mais la réaction de Wassermann était chez lui positive, si bien que, là encore, il rentrait dans les conditions les plus ordinaires.

Pourquoi voit-on l'anévrysme se développer sur la poplitée plutôt que sur d'autres artères ? Cela tient à ce que l'artère poplitée est en rapport avec l'articulation du genou, ce qui, du fait des mouvements articulaires, soumet les tuniques vasculaires altérées à des traumatismes de tous les instants.

Tout cela, en somme, était simple. Une chose demeurait plus embarrassante et plus importante : le traitement à appliquer. Fallait-il compter sur la guérison spontanée de l'anévrysme ? Evidemment, non. Vous savez que l'on a décrit des guérisons spontanées des anévrysmes. Le sang qui entre dans la poche anévrysmale en ressort ; là réside d'ailleurs la cause des mouvements d'expansion de la tumeur. Cette circulation ne se fait pas partout de façon semblable. Elle est surtout active à la partie moyenne de la poche et plus lente à la périphérie. Aussi, voit-on à cette périphérie se produire des petits caillots blanchâtres, constitués par de la fibrine, des leucocytes et des hématoblastes. En dedans d'eux et les doublant, se trouvent les caillots cruoriques, rougeâtres ; puis, au centre, le sang liquide. On comprend que si ces dépôts de caillots augmentent, on puisse voir le sac anévrysmal entièrement organisé. Pouvions-nous compter sur une telle guérison spontanée chez notre malade ? Non, et cela pour deux raisons. Parce que, d'abord, une semblable éventualité est exceptionnelle. Parce que, ensuite, l'évolution avait été ici rapide, s'était faite en quelques mois : on ne sentait pas au toucher la résistance qu'offre un sac qui s'organise.

Il fallait intervenir. On a proposé, dans le traitement des anévrysmes, une série de moyens. Les uns sont médicaux, les autres chirurgicaux. La cure de Valsalva consistait en saignées, purgatifs, iodure de potassium. Nous ne devions pas nous y arrêter, pas plus qu'à la compression, à l'électropuncture, etc. La flexion du membre, qui agit en comprimant le sac anévrysmal et en ralentissant la circulation (une flexion forte arrête, même, la circulation), devait également être laissée de côté. On employait beaucoup aussi, autrefois, la compression artérielle au-dessus de l'anévrysme. Je vous ai montré que le ralentissement de la circulation favorisait le dépôt de caillots dans la poche. A l'époque où l'on redoutait les méthodes sanglantes, on s'adressait volontiers à la compression artérielle digitale. Elle a pu procurer des guérisons, mais elle est douloureuse pour le malade, peu facile à faire et très pénible, les aides devant se relayer pour la pratiquer. On a eu recours également à la bande d'Esmarch.

Avec les progrès de la chirurgie, les méthodes opératoires sont entrées en scène. Les tentatives de greffe vasculaire, les perfectionnements de la suture des vaisseaux, ont permis de tenter de se rapprocher du traitement idéal. L'idéal est de

supprimer l'anévrysme et de rétablir la circulation du vaisseau. Un auteur américain a proposé, en 1903, l'anévrysmorrhaphie, consistant à fermer l'orifice de communication de l'anévrysme avec l'artère au cas d'anévrysme sacciforme, à placer une sorte de tuteur au centre et à capitonner autour au cas d'anévrysme fusiforme. Tout cela, très bien en théorie, l'est moins en pratique. Ce procédé a été peu employé.

On a recommandé, également, d'enlever le sac et de rapprocher les deux bouts artériels par la suture. La chose est possible, mais pas toujours très commode, les deux bouts pouvant être très écartés. On a eu l'idée, dans ces conditions, de faire une greffe vasculaire, de mettre entre les deux bouts un segment veineux emprunté à la saphène ou à la poplitée. Les résultats n'ont pas été très satisfaisants. Les cas favorables ont été ceux d'anévrysmess post-traumatiques, anévrysmes faux primitifs ou anévrysmes faux consécutifs (développés au niveau de la cicatrice de la plaie artérielle). Vous avez alors une lésion très localisée de l'artère ; vous êtes dans les conditions des plaies artérielles et la suture donne naturellement de bons effets. A part ces cas spéciaux, les opérations dont je viens de parler procurent des résultats médiocres. On a eu des gangrènes, des morts. Il y a même une question à se poser, qui est la suivante. Dans ce rétablissement de la continuité du vaisseau, obtient-on une perméabilité persistante de l'artère ; celle-ci conserve-t-elle réellement sa circulation ? Le fait qu'il ne se produit pas de gangrène n'en est pas une preuve, puisque dans les ligatures d'artères où il y a nécessairement arrêt de la circulation dans le vaisseau, vous n'avez pas toujours de gangrène. En réalité, vous ne pouvez pas prouver que la reconstitution idéale du vaisseau est véritable. Il est établi même, par des observations, que parfois il n'en est rien. C'est ainsi que, chez un sujet mort 4 mois après une opération de ce genre, l'autopsie a montré une oblitération de l'artère ; il n'y avait pas cependant de troubles circulatoires du membre. Ainsi, même dans les cas où l'on croit avoir eu un succès, on n'est pas sûr du résultat anatomique. Il est juste de remarquer, il est vrai, que cette oblitération secondaire de l'artère est différente et plus avantageuse que l'interruption brusque de la ligature. L'oblitération secondaire, en effet, est progressive ; elle donne le temps aux voies collatérales de se dilater et le résultat clinique est certainement supérieur au résultat anatomique. Que dira l'avenir de ces méthodes ? Je n'en sais rien. Pour le présent, elles sont peu employées.

Les deux procédés chirurgicaux utilisés couramment, aujourd'hui, pour le traitement des anévrysmes, sont les ligatures et l'extirpation.

Les ligatures se font de deux façons, en aval et en amont. Les ligatures en aval sont tout à fait médiocres ; elle ne s'appliquent qu'à certains vaisseaux, et, pour la poplitée, nous n'avons pas à nous y arrêter. On les pratique immédiatement au-dessous de la poche (méthode de Brasdor), ou au-dessous et à une certaine distance du sac pour laisser une artère collatérale. Ce dernier point de technique est lié à la conception toute théorique de Paul Broca sur le rôle des caillots actifs et passifs dans l'occlusion de l'anévrysme.

Les ligatures en amont s'effectuent également soit immédiatement au-dessus (procédé d'Anel), soit un peu au-dessus (Hunter).

Ces méthodes de ligature ont été très employées et elles le sont encore. En regard d'elles, il faut placer l'extirpation du sac, défendue par M. Pierre Delbet. M. Delbet préconise l'extirpation parce que, dit-il, elle met à l'abri des récidives, elle fait cesser les compressions nerveuses et elle expose moins à la gangrène. Il y a, dans tout cela, du vrai et du moins vrai. Il est certain que l'ablation de l'anévrysme met mieux à l'abri des récidives et libère plus vite les compressions nerveuses. Elle évite certainement aussi, il va sans dire, les accidents inflammatoires tardifs, observés quelquefois sur le sac après la ligature. L'extirpation est-elle moins grave et présente-t-elle une mortalité moindre ? M. Delbet l'affirme, s'appuyant sur des statistiques. Celles-ci ne sont pas démonstratives, car, d'abord, tous les cas graves ont été traités par les ligatures. D'autre part, les ligatures ont été pratiquées depuis très longtemps, et en particulier aux époques où la chirurgie était loin d'être ce qu'elle est maintenant. Je sais bien que M. Delbet n'a voulu commencer sa statistique qu'à partir de 1875, début de l'ère antiseptique. Mais, ceux qui ont fréquenté les salles d'opération en 1875 savent que si la méthode de Lister était née, elle était très imparfaitement mise en pratique. Une autre raison à invoquer encore, c'est que l'extirpation n'a vraiment été exécutée que par des chirurgiens très expérimentés, alors que tous les chirurgiens ont fait des ligatures. Pour ces divers motifs, j'estime que les conclusions de M. Delbet ne sont peut-être pas aussi justes qu'elles semblent l'être. En tout cas, pour ma part, j'ai vu pratiquer nombre de fois les ligatures et toujours avec guérison.

Cette discussion de la méthode de traitement à mettre en œuvre se présentait à nous en face de notre malade. Nous nous demandions ce qu'il convenait de faire chez lui, ligature artérielle, extirpation de l'anévrysme, greffe ? La question a été tranchée par un incident. Un matin, vers 6 heures 1/2, le patient ressentit une douleur violente dans la jambe ; il ne percevait plus son pied, quoique la tumeur battît encore. Les jours suivants, des plaques de sphacèle apparurent. La discussion du traitement était résolue. Que s'était-il passé ? Une rupture de cet anévrysme en évolution. Je vous ai dit que, quelquefois, des

caillots pouvaient se déposer à la face interne de la poche et aboutir à une guérison spontanée de l'anévrysme. Cette éventualité est exceptionnelle ; ce qui est plus fréquent, c'est ce que nous avons vu chez ce malade. Sous l'action de la poussée sanguine, les parois très altérées de l'anévrysme ont continué à se distendre ; elles ont fini par éclater, comme un ballon surdistendu. Nous avons amputé la cuisse. Sur la pièce, nous avons constaté l'anévrysme et sa rupture. En examinant la pièce, quelque chose m'a consolé de ne pas être intervenu plus tôt. On trouvait au-dessous des jumeaux une masse de caillots et la poche s'étendait très bas dans le creux poplité, jusqu'à l'anneau du soléaire. Dans un cas comme celui-là, la ligature n'aurait pas amené la guérison, car il n'y eût rien eu pour rétablir la circulation collatérale en bas, les artères chargées de ce rôle étant englobées par l'anévrysme. Nous aurions eu de la gangrène consécutive, et nous aurions dû faire une amputation secondaire.

Nous avons, sur la pièce, noté autre chose. La paroi veineuse faisait corps avec la poche. Ceci n'est pas exceptionnel et explique la tuméfaction de la jambe et le développement du réseau veineux signalés dans l'observation.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Prophylaxie de la lèpre en France. — Appendicite diagnostiquée coxalgie. — Anesthésie tronculaire pour la chirurgie des membres. — Valeur sémiologique de la diacéturie dans les salpingites et les appendicites. — Le pneumothorax chirurgical. — Eventration post-opératoire massive traitée avec succès par la réduction immédiate et l'immersion dans l'éther. — Un cas de dystocie par hydrocéphalie. — Traitement de l'épilepsie par le sédobrol.

M. NETTER présente à l'*Académie de médecine*, au nom d'une commission spéciale, un rapport relatif aux *mesures de prophylaxie qu'il conviendrait de prendre, en France, à l'égard de la lèpre*.

La lèpre, maladie commune à l'époque du Moyen-Age, est aujourd'hui rare dans notre pays. A part un foyer très circonscrit dans les Alpes-Maritimes et quelques exemples de lèpre autochtone en Bretagne et dans l'Auvergne, la majorité des lépreux de France viennent, ou des colonies, ou de l'étranger, de l'Amérique du Sud principalement. Ces lépreux vivent un peu partout, mais surtout à Paris. On ne saurait fixer leur nombre, même approximativement.

L'hôpital Saint-Louis en renferme d'une manière permanente une moyenne de 12 à 15.

M. Netter estime que la contagiosité de la lèpre, qui a été mise en doute, n'est plus actuellement discutable. La lèpre se contracte, dit-il, exclusivement par contagion. Le bacille lépreux, dont la découverte est due à Hansen, et dont l'intervention est indispensable pour la transmission de la maladie, ne peut être fourni que par un malade. Toutefois, la contagion de la lèpre n'est pas comparable à celle des fièvres éruptives ; elle s'opère seulement dans des conditions particulières, qui nous échappent en partie, la plus importante étant la malpropreté et l'intimité des rapports. M. Blanchard a émis l'idée, à ce point de vue, que les moustiques pourraient servir de vecteurs au contage.

Si la contagiosité de la lèpre paraît actuellement atténuée et atténuable par des habitudes de propreté rigoureuse, elle n'en est pas moins réelle et indique la nécessité de certaines mesures prophylactiques (isolement des lépreux vagabonds. Interdiction du territoire français aux lépreux étrangers, etc.). Nous ignorons, en effet, si la lèpre ne fera pas, un jour, un retour offensif.

M. GAUCHER remarque que c'est à son instigation que l'Académie de médecine a été consultée par le ministre sur cette question de la prophylaxie de la lèpre. Il y a à Paris plusieurs centaines de lépreux qui circulent librement. Ils viennent de nos colonies et de l'étranger, quelque peu attirés par la réputation qu'a l'Ile-de-France d'être un pays défavorable à la lèpre. De fait, dans la région parisienne, la maladie semble s'arrêter temporairement dans son évolution. C'est pourquoi beaucoup de lépreux riches du Brésil ou d'ailleurs se fixent à Paris et y vivent.

M. Gaucher rappelle l'histoire du lépreux français, hospitalisé à Francfort-sur-le-Mein, que les autorités allemandes reconduisirent à la frontière. Il demande que l'on empêche l'entrée en France des lépreux étrangers et que l'on expulse ceux qui y entreraient par surprise.

Pour les sujets français, M. Gaucher propose d'isoler les lépreux autochtones des Alpes-Maritimes (peu dangereux ceux-là) dans leurs maisons ou dans les hôpitaux, et d'isoler les lépreux venant des colonies dans un sanatorium de la côte maritime.

— M. LEURET lit à la *Société des chirurgiens de Paris* un rapport sur une observation d'*appendicite diagnostiquée coxalgie* communiquée par M. Gabriel POTHERAT.

Il s'agit d'une jeune fille atteinte de claudication et de différents signes locaux qui firent poser le diagnostic de coxalgie. N'ayant rien trouvé de spécial à l'examen de l'articulation de la hanche et constatant de la douleur vers le point de Mac Burney en palpant la fosse iliaque, M. G. Potherat diagnostiqua une appendicite et guérit la malade par l'ablation de l'appendice.

Une telle symptomatologie de l'appendicite est des plus rares. M. Leuret la considère comme relevant non d'une irritation directe, mais d'un réflexe à distance.

— M. DUPUY DE FRENELLE parle, à la *Société des chirurgiens de Paris*, *de l'anesthésie tronculaire dans la chirurgie des membres*.

L'anesthésie tronculaire, surtout préconisée par Braun en Allemagne, consiste à injecter quelques centimètres cubes d'anesthésique sur le tronc nerveux ou les troncs nerveux innervant les éléments que l'acte opératoire doit intéresser. Pour M. Dupuy de Frenelle, toutes les opérations portant sur les membres, le cou, le sein, le périnée, peuvent bénéficier de cette anesthésie. L'auteur emploie une seringue de deux centimètres cubes et des aiguilles fines de longueurs différentes. Il enfonce l'aiguille dans les tissus jusqu'au contact du tronc nerveux et, après s'être assuré par l'aspiration qu'il n'est pas dans un vaisseau, il pousse le contenu de la seringue au contact et autour du nerf.

M. Catz estime que la plupart des opérations pratiquées avec cette méthode (arthrotomies, amputations) peuvent être exécutées avec une sécurité et une anesthésie parfaites, par la technique plus simple de l'infiltration directe de Reclus. L'anesthésie des troncs nerveux est beaucoup plus compliquée et ajoute quelquefois même une véritable opération à celle qu'on se propose de faire. Il en est ainsi, par exemple, lorsqu'il s'agit de repérer, chez un obèse, le grand sciatique. A l'heure actuelle, ajoute M. Catz, on assiste dans tous les pays à une véritable renaissance de l'anesthésie locale ; elle envahit de plus en plus le domaine de la grande chirurgie.

M. de Martel (dont on connaît l'autorité en matière de chirurgie des centres nerveux), après avoir été longtemps hostile à l'anesthésie locale pour la chirurgie cranio-médullaire, lui attribue aujourd'hui de sérieux avantages. M. de Martel a pratiqué récemment, sous l'anesthésie locale, une trépanation de la loge cérébelleuse : pendant l'intervention, le malade resta tranquillement assis, sans souffrir. Il n'eut pas l'ombre de ces accidents réflexes qui sont un des écueils de la chirurgie cérébrale.

— MM. Maurice Péraire et Boyet font à la *Société des Chirurgiens de Paris* une communication sur *la valeur séméiologique de la diacéturie dans les salpingites et les appendicites.*

Au cours de ces dernières années, les chirurgiens ont cherché dans l'examen du sang une source d'indications appelées à compléter les données cliniques habituelles. M. Maurice Péraire remarque avec raison que l'examen du sang n'est pas à la portée de tout le monde et que l'examen des urines est, à ce point de vue, plus pratique. Chose plus importante : la valeur séméiologique des épreuves urinaires serait supérieure à celle de la formule leucocytaire sanguine.

Un médecin australien, le Dr Piper, après avoir recherché chez un certain nombre de malades la présence de l'acide diacétique dans l'urine, a montré que toute douleur aiguë de l'abdomen, dans les appendicites et les annexites, produit de la diacéturie. MM. Maurice Péraire et Boyet ont repris les études de Piper en les développant.

Ils constatent d'abord que la recherche de l'acide diacétique dans l'urine peut être faite très rapidement par n'importe quel praticien. En clinique, la diacéturie ne se trouve pas dans les affections abdominales médicales (fièvre typhoïde, entérite). Le résultat est également négatif dans les affections du rein et, presque toujours aussi, dans les néoplasmes viscéraux. Dans les affections inflammatoires des trompes et de l'appendice, au contraire, la diacéturie est *positive* et, qui plus est, elle indique un foyer enflammé. Elle disparaît quand l'annexite ou l'appendicite est refroidie.

Ainsi, la diacéturie offrirait une valeur diagnostique et une valeur pronostique. Sa disparition permettrait de prévoir la disparition des phénomènes douloureux et de la fièvre. Sa persistance après l'opération indiquerait qu'il est resté un foyer oublié ou mal drainé.

On peut caractériser facilement l'acide diacétique dans l'urine au moyen de l'une des réactions indiquées par Gerhardt, Legal, Arnold et Ondrejowich.

M. Bonamy appuie les conclusions de M. Péraire. Il a fait rechercher, chez ses malades atteints d'appendicite, la réaction diacétique dans l'urine. Dans une vingtaine de cas, la réaction a toujours corroboré les données de la clinique, se montrant positive dans les crises aiguës. Dans 3 cas qui cliniquement paraissaient refroidis, la réaction était également positive ; or, l'opération montra que les lésions étaient encore en évolution. La diacéturie serait donc un moyen de s'assurer du refroidissement de l'appendicite.

M. Delaunay pense qu'il ne faudrait pas toujours attendre une réaction négative pour opérer les appendicites à froid. Il y a des appendicites qui ne se refroidissent pas entièrement ; les retours offensifs se produisant avant le refroidissement complet

— La *Société de chirurgie* continue et termine la discussion sur le *pneumothorax chirurgical.*

M. Thiéry, comme les orateurs précédents, ne partage pas l'appréhension des anciens auteurs à l'égard du pneumothorax chirurgical. Pratiquement, dit-il, le retrait absolu du poumon après ouverture de la plèvre ne s'observe pas. S'il y a large plaie du thorax, même, le poumon se dilate à chaque inspiration et peut parfois sortir du thorax. Le pneumothorax diminue l'amplitude de l'ampliation pulmonaire, mais ne l'annihile pas. Il n'a pas, par suite, la gravité qu'on lui avait fixée. Dans ces conditions, les accidents attribués au pneumothorax opératoire ont été exagérés et la bénignité de cette complication dispense d'employer les appareils à hypo et à hyperpression

M. Walther admet également l'innocuité relative de ce pneumothorax. Toutefois, fait-il observer, la dilatation pulmonaire signalée par M. Thiéry après l'ouverture du thorax ne se produit que pendant les efforts inspiratoires. Chez le sujet anesthésié, le poumon se rétracte réellement et lorsque les chirurgiens disposeront d'un appareil à hyperpression simple et

pratique, il sera préférable de s'en servir pour les opérations thoraciques.

M. Souligoux non seulement reconnaît l'absence de danger du pneumothorax chirurgical, mais se demande si l'ouverture de la plèvre ne pourrait pas avoir, vis-à-vis de la pleurésie tuberculeuse, les bons effets de la laparotomie vis-à-vis de la péritonite tuberculeuse à forme séreuse. Il a vu, une fois, la guérison d'une pleurésie bacillaire après ouverture du thorax pour abcès froid de la région.

M. Faure dégage de la discussion une opinion générale, qui est la suivante : le pneumothorax opératoire est une complication sans gravité réelle, mais il ne paraît pas douteux que, pour les opérations longues (sur le médiastin) l'emploi des appareils à hyperpression conserve son utilité.

— M. Paul Delmas fait à la *Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier* une communication sur *un cas d'éventration post-opératoire massive traitée avec succès par la réduction immédiate et l'immersion dans l'éther.* Au huitième jour après une laparotomie pour ablation d'annexes, comme l'on procède au premier pansement, l'opérée est prise d'un accès de toux, sous l'effort duquel, à partir de l'orifice naguère occupé par le drainage abdominal, la cicatrice s'ouvre d'un trait, laissant ainsi la plus grande partie de la masse intestinale faire brusquement irruption jusque sur les draps de la malade. L'état de choc grave dans lequel elle se trouve ne permet pas de tenter aussitôt la cure radicale de cette éventration. Par un taxis périphérique, à l'aide d'une large compresse, l'intestin est réintégré dans le ventre, et le pansement est inondé de plus d'un litre d'éther. Dans la journée, la patiente est emportée hors de l'hôpital.

Revue quatre-vingt-dix-jours après l'accident, alors qu'à aucun moment le pansement n'a été déplacé, mais simplement imbibé d'éther de loin en loin, la paroi est entièrement reconstituée à l'exception d'un minime pertuis par lequel il est malaisé d'entraîner les derniers débris de la compresse.

L'auteur attribue ce succès inespéré, non seulement à l'action de l'éther sur le péritoine, mais aussi au pansement à plat à travers cet énorme débridement.

M. de Rouville estime que les éventrations post-opératoires constituent en général un accident plus effrayant que grave. Quant à l'éther, depuis près d'un an, il en use de façon quelque peu systématique dans toutes ses laparotomies gynécologiques et avec succès.

M. Tédenat a observé quelques cas de ce genre ; ces malades guérirent sans complications. L'emploi de l'éther lui paraît recommandable.

M. Paul Delmas insiste sur l'infection certaine de la séreuse. Si un pansement unique a procuré la guérison, le succès paraît devoir être attribué au tra tement à plat d'une plaie largement ouverte.

— MM. Léon Vallois et Joseph Madon publient *un cas de dystocie par hydrocéphalie* (présentation de pièce). — Après avoir rappelé la rareté relative de cette affection (à la Clinique obstétricale de Montpellier, un cas d'hydrocéphalie sur 4.514 accouchements), les auteurs insistent sur les dangers qu'elle peut faire courir à la mère lorsque le diagnostic n'en a pas été fait. Dans le cas particulier, l'hydrocéphalie ne fut pas reconnue au début ; seul le toucher profond permit de se rendre compte de la cause de dystocie. Le diagnostic une fois posé, la tête fut perforée par l'alézoir du basiotribe de Tarnier et extraite, après écoulement de 1.500 gr. de liquide, avec ce dernier instrument. A noter que la syphilis n'a pu être dépistée et que la réaction de Wassermann a donné un résultat négatif.

— M. Demole fait à la *Société médicale de Genève* une communication sur le *Traitement de l'épilepsie par le Sédobrol.* Le Sédobrol est un mélange de bromure de sodium et d'extraits d'origine végétale, qui s'administre sous forme de petits cubes contenant 1 gr. de bromure. Ces cubes, dissous dans l'eau bouillante, donnent un bouillon dans lequel le goût désagréable du bromure est absolument masqué. Depuis huit mois, quatre épileptiques de l'asile de Bel-Air prennent avec le Sédobrol une dose de bromure équivalente à celle qu'ils absorbaient auparavant. Leurs crises ont diminué dans la proportion de 35 p. 100 et leur psychisme s'est généralement amélioré ; l'un des malades quitte provisoirement l'asile. Ces excellents résultats ont été obtenus en remplaçant par le bouillon au Sédobrol la soupe habituelle ; comme celle-ci contient 1 p. 100 de chlorures, sa suppression produit chez les malades un régime déchloruré, sans qu'on modifie en rien le reste de leur alimentation. Le Sédobrol est donc un médicament précieux puisqu'il permet de réaliser très pratiquement le traitement de Toulouse et Richet.

M. Mayor constate que les résultats obtenus par ce bouillon au Sédobrol sont intéressants ; on réduit ainsi de 10 à 15 grammes la quantité de sel absorbée par jour et on obtient facilement un régime déchloruré

P. L.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

Goitre exophtalmique et grossesse

L'influence des états pathologiques sur la grossesse a justement préoccupé, de tous temps, les accoucheurs et les médecins praticiens. Sans vouloir remonter au déluge, nous trouverions dans Ambroise Paré et Mauriceau bien des observations sur la question, qu'un fait clinique, noté par un de nos confrères, nous invite à soumettre à nos lecteurs. Tous se

souviennent de la phrase de Peter aux cardiaques : « Fille, pas de mariage ; femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement ». Tuberculose et grossesse, névrose et grossesse, lithiase biliaire et grossesse, etc., ont défrayé de nombreuses communications aux Sociétés Savantes et ont fait la matière de maints ouvrages. Nous croyons moins connus les rapports du *goître exophtalmique avec la grossesse* et inversement, bien que Trousseau, Charcot et, plus récemment, Pinard, Bar et Boisroux aient attiré l'attention sur ce sujet.

Voici donc l'observation communiquée par notre confrère :

« Jeanne C.., 32 ans, vient, l'an dernier, me « consulter pour des malaises multiples. Je dia- « gnostique un goître exophtalmique. Tout y était : « goître bien net, en croissant, autour du cou, exoph- « talmie bien marquée, tachycardie pénible. C'était « même surtout pour ce symptôme qu'elle venait à « moi. Les palpitations, disait-elle, lui répondent « dans la tête. En outre, elle n'avait pas ses règles « depuis quelques mois.

« A quelque temps de là, se trouvant à B., elle va consulter le Dr L.., qui formule le même diagnostic.

« Or, quelques mois après, cette femme venait me « retenir pour son accouchement. Elle était, en ef- « fet, enceinte de 5 mois, *malgré son aménorrhée*. Je « constatai que la tachycardie persistait, mais le « goître et l'exophtalmie avaient beaucoup diminué. « Je la revois encore au cours de sa grossesse ; je l'exa- « mine et constate un enfant vivant, paraissant « bien développé. Cependant je ne pus sentir la tête.

« Cette femme, ayant déjà eu deux enfants, je ne « me préoccupais guère de cette dernière constata- « tion, ayant cependant quelque anxiété pour la « terminaison de cette grossesse.

« Enfin l'accouchement s'annonce. On m'appelle « d'urgence. Au premier examen, je fus extrême- « ment surpris. Je croyais devoir trouver une tête et « je sentais deux petites choses molles que je pris « pour un scrotum. Pensant avoir fait une erreur « de diagnostic et croyant avoir affaire à un siège, je « prends mes dispositions pour abaisser un pied. « Or, dès que j'eus introduit toute la main, j'eus « la nouvelle surprise de trouver non un siège, mais « une tête molle. Je pratique la version podalique « qui fut facile et ramène l'enfant.

« *C'était un anencéphale*. En dehors de la cavité « cranienne, vers l'occiput, pendaient deux petites « masses molles (représentant, sans doute, les « deux hémisphères cérébraux) masses molles, que, « au toucher, j'avais prises pour un scrotum. Cet « enfant vivait et vécut 32 heures.

« La délivrance fut normale, spontanée. Trois « quarts d'heure après, je quittai la maison, la par- « turiente allant très bien et causant avec son entou- « rage. Cependant, redoutant la moindre hémorrha- « gie, — car elle était très pâle — je lui avais fait, « avant mon départ, une piqûre d'ergotine.

« Une heure et demie après, on me rappelait en « hâte : cette femme était en syncope. Malgré caféine, « éther, sérum artificiel, etc., etc. tout ce que je pus « obtenir fut de lui faire reprendre connaissance « pendant une heure environ ; après quoi, la malade « retomba en syncope et mourut huit heures exac- « tement après l'accouchement.

« Or, aucun signe d'hémorragie interne. L'hé- « morrhagie externe avait été normale. J'attribue « ce décès au surmenage du cœur, lequel « battait « la chamade », depuis plus d'un an, à ma connais- « sance (probablement depuis plus longtemps), et « auquel l'émotion d'avoir eu un enfant non viable « (car ce fut seulement ce qu'on lui dit) avait porté « le dernier coup.

« Notons qu'à la fin de la grossesse, le goître et « l'exophtalmie avaient presque totalement disparu.

« Le mari ne présente rien d'anormal. Des deux « enfants qui leur étaient nés, l'un mourut à 29 « jours, l'autre à quelques mois (je ne résidais pas « alors dans la localité.) »

Notre confrère, qui nous communique cette très remarquable observation, ajoute les réflexions suivantes

« 1° Cette grossesse est survenue malgré l'aménorrhée ;

« 2° Le goitre et l'exophtalmie ont grandement « diminué pendant la grossesse ;

« 3° Bien que l'enfant fût anencéphale, il vécut « 32 heures, poussant des gémissements ;

« 4° Cette femme mourut, par collapsus, peu après l'accouchement. »

Le *Concours médical*, société d'études mutuelles, se doit à son programme de publier *les cas vécus*, qui peuvent être de quelque utilité pour les praticiens. Dans la clinique que chaque jour nous apporte, nous nous trouvons en présence de *faits* et non plus de *théories* et devant ces faits, « notre art », plus encore que notre science », doit nous venir en aide.

Essayons de retirer de l'observation que nous avons tenu à publier « in extenso » tout l'enseignement qu'elle comporte

a) *Goitre exophtalmique et aménorrhée.* — Boisroux (thèse Paris, 1913) nous signale que Charcot fait ressortir les rapports de la fonction thyroïdienne avec la fonction ovarienne. Trousseau est frappé de la suppression des menstrues chez les basedowiennes. Cléret cite le cas du parallélisme de l'apparition du goître et de la suppression des règles, le retour de celles-ci amenant la disparition du goître. Les travaux de nos modernes physiologistes sur la sécrétion interne des glandes thyroïdiennes et parathyroïdiennes et leurs relations avec la sécrétion interne des glandes génitales, doivent servir à éclairer notre diagnostic et à rechercher, systématiquement, le syndrome thyroïdien chez toute aménorrhéique.

b) *Aménorrhée et grossesse.* — Pour être rare, le cas

✦✦✦

n'est pas moins établi sans conteste. « Par une disposition bizarre et paradoxale, quelques femmes « présentent de l'aménorrhée, tout en conservant l'intégrité de leurs organes et leur parfait fonctionnement, comme en témoignent les grossesses observées en pareil cas. Loewy a cité une femme qui « n'a été réglée qu'à 31 ans, après sa sixième grossesse. »

Chez la malade qui fait l'objet de cette communication, il y a eu déjà 2 grossesses avec menstruation normale. Or, cette femme a pu devenir enceinte avant que son goître n'ait été « basedowifié » et avoir, chaque mois, un molimen suffisant pour permettre une fécondation (?)

c) *Influence de la grossesse sur le goître.* — Notre confrère nous signale l'amélioration du goître pendant la grossesse. Boisroux publie quatre observations dans ce sens et constate que M. Pinard a noté de nombreuses améliorations, aussi bien à la clinique Baudelocque que dans sa clientèle privée. Mais il y a un autre écho : telle femme enceinte voit survenir un goître qui n'existait pas ; telle autre voit se développer une hypertrophie du corps thyroïde dans des proportions absolument inesthétiques. Pour celle-ci, c'est l'exophtalmie, pour telle autre, c'est le tremblement qui deviennent prédominants...

d) *Influence du goître sur la grossesse.* — Rares sont les avortements. La grossesse elle-même suit son cours normal. Peut-être, l'albuminurie est-elle plus fréquente chez les basedowiennes. Bonnaire mentionne des accidents gravido-cardiaques par asystolie brusque.

e) *Influence du goître sur le produit de la conception.* — Mme X... a déjà eu deux enfants ; l'un est mort à 29 jours, l'autre au bout de quelques mois ; le 3e a vécu quelques heures et était anencéphale. La relation de cause à effet semble bien évidente et il ne saurait être question d'une simple coïncidence. A la vérité, Boisroux ne signale aucun cas analogue.

f) *Influence du goître sur les suites de couches.* — La mort de la nouvelle accouchée n'a pas été amenée par hémorrhagie interne, ni par hémorrhagie externe. L'hypothèse de notre confrère est d'autant plus vraisemblable que la mort par inhibition du cœur rentre dans le cadre de la symptomatologie grave des Basedowiens.

Personnellement, il y a 5 ans, nous eûmes à accoucher une primipare de 23 ans, ayant présenté un goître léger avant son mariage. Ce goître disparut totalement pendant la grossesse, mais après la délivrance, l'albuminurie, qui avait fait son apparition vers le 5e mois, persista à la dose de 0,60 à 0,75 cg. Un mois après ses couches, la malade mourait subitement sans qu'on eût eu le temps de venir nous chercher.

Conclusions : 1° Quelque optimisme que l'on professe, quelque éclectique que l'on veuille paraître, il ne nous paraît pas que l'on puisse permettre le mariage à une jeune fille présentant un goître, sans avertir la famille du danger possible....

2° Si une grossesse survient, parer aux accidents, soit par l'opothérapie (!), soit par l'hémato-thyroïdine (Boisroux), soit par les rayons X. M. le prof. Babinski, à la Pitié, a retiré les meilleurs effets de ce dernier traitement.

3° Pour les cas, heureusement rares, où soit l'intervention chirurgicale (en raison de l'asphyxie mécanique), soit l'intervention obstétricale (en raison des accidents gravido-cardiaques), semble s'imposer, ce sont là « questions d'espèces » que seuls, les spécialistes peuvent trancher (1).

Dr R. Molinéry,
(de Barèges.)

TECHNIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Anesthésie générale par les injections intramusculaires d'éther.

Nouvel appareil à anesthésie basé sur les principes qui en découlent (2).

L'anesthésie générale peut être obtenue chez l'homme par des injections intramusculaires d'éther, sans plus de risques ni de dangers qu'avec les autres méthodes, à la condition de n'injecter que de petites doses successives et de ne les injecter que dans les masses musculaires où des aponévroses puissantes puissent brider le foyer de vaporisation ; les vapeurs d'éther mises en tension ne se forment qu'au fur et à mesure de leur absorption.

Les points d'élection sont les masses des muscles fessiers et celles des muscles périscapulaires.

La dose globale à injecter est très variable suivant les sujets. D'une manière générale, il faut injecter autant de centimètres cubes d'éther que le sujet pèse de kilogrammes.

On a fait grief à la méthode de ce manque de dosage. Cette objection n'a guère de valeur. En effet, comme pour toute substance introduite dans l'organisme par une voie quelconque dans un but thérapeutique ou anesthésique, cette dose ne pouvait pas être fixe et convenir d'une façon générale à tous les cas et à tous les sujets. Les substances anesthésiantes qui produisent un effet certain pour une dose fixe doivent être rejetées : cela prouve que leur action est très grande,

(1) Nous regrettons vivement que, pour des raisons particulières, notre confrère n'ait point voulu nous permettre de publier son nom. Nous le remercions très chaleureusement d'avoir voulu réserver pour le *Concours Médical* une aussi intéressante observation.

(2) Communication au Congrès international de médecine de Londres.

trop grande même pour être employée sans danger, car pour peu que le sujet présente de l'idiosyncrasie pour la substance ou que son organisme ne fonctionne pas normalement, la dose sera trop forte et provoquera un désastre. Avec l'éther, cette crainte n'est pas fondée ; au point de vue anesthésique, les travaux de Scheef et de Paul Bert ont montré que la dose maniable de cet agent était très grande ; au reste la toxicité de l'éther envers l'organisme humain est très faible ; je n'en cherche la preuve que dans l'emploi qu'en font, *larga manu*, les partisans du lavage à l'éther du péritoine en cas d'infection de cette séreuse et je rappellerai que ces auteurs en laissent dans la cavité abdominale une quantité plus considérable que celle nécessaire pour produire la narcose par les injections intramusculaires.

La technique des injections est celle de toutes les injections intramusculaires ; j'emploie une seringue en verre de 5 cmc. avec une aiguille en platine de 5 à 7 centimètres de long suivant les sujets et je fais autant d'injections qu'il est nécessaire pour produire l'effet recherché, alternativement d'un côté et de l'autre dans les masses des muscles fessiers.

Je conseille de ne jamais dépasser les doses de 2 centimètres cubes chez les enfants, pour éviter les myosites et les névrites produites par un trop grand traumatisme du muscle ou par pénétration des vapeurs dans les gaines nerveuses.

En injectant plus ou moins d'éther, on peut obtenir les divers états de l'ivresse, allant depuis l'excitation jusqu'à la narcose absolue avec résolution musculaire en passant par la diminution de la sensibilité, par la perte de la sensibilité avec demi-conscience, par les divers degrés du sommeil. C'est pour ces raisons que l'on a intérêt à ne pas causer au sujet sauf pour l'exhorter au calme et le rassurer, et à lui voiler les yeux.

En général, voici comment les choses se passent :

Le sujet ressent au moment de l'injection une douleur brutale très passagère, suivie immédiatement d'un engourdissement du membre injecté ; il se plaint d'un malaise indéfinissable, son haleine prend l'odeur d'éther ; il éprouve le besoin de parler et fait quelques mouvements ; ces troubles s'accentuent à mesure que l'on multiplie les injections. Au bout de dix minutes, le sommeil apparaît, d'abord très léger, puis les membres pendent inertes avec conservation des mouvements réflexes de défense ; en quinze minutes, le sommeil est profond ; souvent alors apparaissent quelques nausées ; le sommeil est très calme, la face est pâle, les pupilles présentent du myosis, la respiration est lente et régulière ; la salivation, l'hypersécrétion bronchique, la cyanose font défaut ; les battements cardiaques sont forts et souvent accélérés. Le réveil est très lent ; au bout d'une demi-heure environ, la sensibilité réapparaît ; la conscience semble revenir avant la sensibilité, le sujet parle et cependant, il ne se plaint pas si on lui pince les membres. Il ne souffre pas de sa plaie et se rendort volontiers pendant plusieurs heures si on le laisse au calme.

Il est bon de signaler que parfois les choses ne se passent pas si simplement, et que l'ivresse peut être furieuse avec délire, comme cela se présente avec toutes les éthérisations.

Sauf quelques cas de myosites et même de sciatique qui, je m'empresse de le dire, sont tous guéris, je n'ai jamais eu d'accidents à déplorer. Ces quelques cas malheureux ont été produits par des doses trop massives d'éther.

Parfois, on note dans les heures qui suivent une hémoglobinurie que je crois due, non à une lésion rénale, mais à l'hémolyse du sang aux points injectés et à la destruction de quelques fibres musculaires.

Le gros inconvénient de la méthode est la douleur des premières injections ; aussi en pratique, quand cela est possible, je commence toujours par faire respirer au patient quelques inhalations de chlorure d'éthyle, et je profite de cette première anesthésie pour faire mes injections.

Dans les grandes interventions portant sur la tête, je considère qu'il vaut mieux employer ce que j'appelle la méthode mixte. Je donne quelques bouffées de chloroforme et en même temps j'injecte une certaine quantité d'éther, soit 60 cmc. pour un sujet moyen. L'anesthésie se produit très rapidement sans excitation ; je commence de suite l'opération. Si le sujet donne des signes de réveil, je lui remets quelques gouttes de chloroforme. Cette façon de faire, qui a toutes mes préférences, m'a permis d'opérer entre autres, dans les meilleures conditions d'asepsie, de très gros goîtres et de graves traumatismes craniens ; l'opération de la staphylorraphie que j'ai eu l'occasion de pratiquer trois fois, devient d'une grande simplicité.

Je n'ai pas la prétention d'avoir décrit la méthode d'anesthésie idéale. Il faut avant tout être éclectique ; toutes les méthodes se recommandent par quelques avantages et méritent dans certains cas d'avoir la préférence : la méthode que je viens de décrire a pour elle sa simplicité. Personnellement je la réserve pour les opérations de la tête et du cou parce qu'elle permet de les accomplir d'une façon aseptique sans être gêné par son anesthésiste, en recouvrant d'une compresse stérile les parties de la face du sujet situées en dehors du champ opératoire. Elle trouve également son emploi dans les grands traumatismes industriels et dans les accidents de nos moyens de transport où l'on est souvent obligé d'opérer sans aide médical ou avec des aides en quantité insuffisante.

***

La pratique de l'anesthésie par injections intra-musculaires d'éther m'a permis d'observer certains phénomènes et de faire certaines remarques sur lesquelles j'ai l'honneur d'attirer maintenant votre attention.

Cette anesthésie donne souvent des narcoses parfaites en tout comparables aux meilleures chloroformisations et ne ressemblant en rien aux éthérisations telles qu'elles sont généralement pratiquées ; elles sont exemptes de cyanose, de salivation, de ronflement et d'accidents post-anesthésiques pulmonaires.

De déductions en déductions, je fus amené à considérer ces inconvénients de la méthode par inhalation comme produits non par l'éther, mais par la façon défectueuse dont il est administré.

Les premiers inconvénients ne sont que des symptômes d'asphyxie, les seconds sont causés par le froid du mélange aspiré.

Dans l'éthérisation avec les appareils généralement en usage, le malade respire dans un espace confiné ; il aspire avec des vapeurs d'éther, une certaine quantité d'air pur et une forte surcharge de gaz carbonique. Les travaux de Droeser ont démontré qu'en une demi-minute, l'air contenu dans les masques de Wanschau et de Julliard renfermait de 5 à 6 % de gaz carbonique et de 12 à 13 % d'oxygène ; après deux minutes, la proportion de gaz carbonique montait à 8 % et celle d'oxygène tombait à 6 % ; les troubles fonctionnels : dyspnée, cyanose, commençaient à apparaître.

En réalité, la tension du gaz carbonique est plus forte encore dans les alvéoles pulmonaires, car l'éther étant un excitant de la sécrétion glandulaire tend par cette action à obstruer les voies respiratoires et met de ce fait obstacle à l'aspiration normale.

Comparons ce qui se passe dans l'éthérisation par injections intra-musculaires ; l'agent anesthésique se trouve dans le sang sans surcharge de gaz carbonique puisque l'élimination de ce gaz et la prise d'oxygène s'accomplissent d'une façon à peu près normale ; il imprègne les éléments de l'organisme et sa propriété anesthésique s'obtient en dehors de tout symptôme de début d'asphyxie ; cela est si vrai que dans l'éthérisation avec mon appareil qui, grâce à ses soupapes et à son débit réglable de vapeurs d'éther, permet l'expiration, autrement dit, l'évacuation du gaz carbonique et renouvelle constamment la provision d'air pur. La cyanose ne se produit que lorsque la langue ou des mucosités viennent mettre obstacle à cette expiration : le gaz carbonique s'accumule alors dans les poumons, et pour faire disparaître ce début d'asphyxie, je conseille d'augmenter la dose d'éther pendant quelques inspirations, puis de soulever le masque et de dégager les voies respiratoires du malade qui reprend bientôt une coloration normale, bien que la quantité d'éther dans le sang soit encore sensiblement égale.

L'expérience inverse est plus concluante. A la fin de l'anesthésie, on soulève le masque ; la coloration est normale ; si alors on applique la langue sur le voile du palais à l'aide des doigts, la cyanose et la salivation réapparaissent bientôt quoique la quantité d'éther saturant l'organisme tend à diminuer. Il faut donc admettre que ces phénomènes sont produits en dehors de toute action de l'éther et que pour avoir une anesthésie régulière, il faut éviter l'accumulation du gaz carbonique dans les alvéoles pulmonaires.

J'attribue au froid et à l'irrégularité de la température du mélange aspiré les complications pulmonaires, que les adversaires de ce genre d'anesthésie lui ont tant reproché.

L'éther par lui-même ne me semble pas avoir une action nocive sur l'endothélium alvéolaire ; dois-je rappeler que l'éther en injections à doses massives a été préconisé dans les affections pneumoniques graves, par Barth, de Lyon, dans l'urémie dyspnéique, par Lemoine, de Lille.

Pour expliquer les bronchites post-anesthésiques, Landau et la plupart des auteurs mettaient déjà en cause son administration défectueuse ; il attribuait son rôle prépondérant à l'aspiration par le malade du mucus buccal et pharyngé. Or, l'anesthésie au protoxyde d'azote qui occasionne également de la cyanose et de l'hypersécrétion salivaire n'entraîne pas, ce me semble, de complications pulmonaires.

Je ne veux pas, cela va sans dire, rétablir l'existence de la bronchite *a frigore*, mais il est indiscutable que le froid joue un rôle actif, ne fût-ce qu'un rôle favorisant, dans les affections pulmonaires. Or, dans le masque de Wanschau, Droeser a noté qu'en une minute la température de l'air confiné monte à 30° et qu'alors, si on agite le ballon pour activer la vaporisation de l'éther, cette température tombe à 20°. Dans le masque d'Ombredanne, très en usage en France, j'ai noté que la température variait suivant les moments de 18 à 20°, alors que la température de la salle d'opération était à 24° ; ces variations brusques de température de l'air aspiré ont leur répercussion sur le parenchyme pulmonaire qui se laisse attaquer par les micro-organismes, d'autant que les sujets sont par eux-mêmes souvent en état de moindre résistance.

Dans l'anesthésie par les injections intra-musculaires, cette action du froid ne se produit pas, bien que l'éther soit éliminé par les poumons. La température de l'air aspiré est celle de la salle d'opération et reste constante. C'est la meilleure raison que je puis donner à l'absence complète

de complications pulmonaires dans ce genre d'anesthésie.

Dans mon appareil, les vapeurs d'éther sont entraînées par une partie de l'air venant de l'extérieur ; ce mélange est maintenu à une température quasi constante avant d'être aspiré par le patient.

L'appareil se compose d'un réservoir à éther et d'un second réservoir où séjourne durant une respiration le mélange anesthésique ; ces deux réservoirs baignent dans l'eau chaude à une température initiale de 38° à 42°. Cette eau fournit à l'éther sa chaleur de vaporisation et maintient le mélange à une température égale à la sienne. Après une heure d'anesthésie, soit en moyenne après évaporation de 125 grammes d'éther, la température se trouve encore être de 32° à 34°, suivant celle de la salle d'opération. Deux soupapes d'inspiration et d'expiration règlent l'arrivée et le départ de l'air.

Un gicleur commandé par une manette muni d'une soupape règle le débit des vapeurs d'éther. Un dispositif condense les vapeurs d'éther en surproduction.

La forme du masque a été étudiée d'une façon spéciale. Il s'adapte très facilement et tient seul sur la figure du patient.

Depuis un an que j'emploie cet appareil, je n'ai plus eu de bronchites post-éthériques. Je fais éthériser tous mes malades sans exception, enfants, vieillards, tousseurs, emphysémateux, tuberculeux, et je n'ai jamais eu à le regretter.

Donc, donner de l'éther sans adjonction de gaz carbonique et donner un mélange anesthésique porté à une température élevée et régulière, telles sont les caractéristiques de cet appareil.

Un dispositif annexé à la soupape d'expiration permet en outre de recueillir l'air expiré dans un récipient ; cet avantage évite tout danger d'explosion et permet au chirurgien et à son entourage de ne pas être incommodé par les vapeurs d'éther.

Dans les éthérisations difficiles provoquées par le nervosisme du sujet, l'anesthésiste peut ajouter à l'éther une certaine quantité de chlorure d'éthyle ou de chloroforme et *réaliser d'une façon extemporanée un mélange anesthésique* qui vaincra par ses propriétés plus fortes et plus rapides la résistance du sujet.

Cette façon de procéder permet de tirer profit des avantages des divers anesthésiques ; les vapeurs surchauffées d'éther donnent la sécurité ; le chlorure d'éthyle donne la rapidité de son action ; le chloroforme permet une narcose plus profonde, demandant par suite plus de surveillance. Elle permet de supprimer deux inconvénients inhérents à toute éthérisation : la répulsion instinctive de certains malades pour l'éther et la suffocation qu'éprouvent certains autres probablement par excitation pneumogastrique ou du trijumeau.

Grâce à son réglage du débit des vapeurs anesthésiques qui se fait à l'aide d'une manette se déplaçant sur un cercle gradué, l'appareil peut servir soit à la chloroformisation, soit à la narcose au chlorure d'éthyle ; avec cette dernière substance, on peut avec un peu de pratique obtenir d'excellentes anesthésies de durée relativement longue, permettant une amputation, un curetage, une cure radicale de hernie, etc. Toutefois, le chlorure d'éthyle provoque presque fatalement des vomissements et parfois des contractures, voire même des crises épileptiformes.

Pour terminer, je signale que le fait de surchauffer le mélange anesthésique joue un rôle sur la température du malade. Si je m'en rapporte aux travaux de Dastres, à ceux d'Angelesco (Société de Biologie, 1894), la température pendant l'éthérisation au masque de Julliard baisse de 2° à 2°5 durant la première partie de la narcose. D'après mes expériences, cet abaissement de température est de 0°7 à 1° durant une heure d'éthérisation avec l'appareil d'Ombredanne, elle n'est plus que de 0°1 à 0°2 suivant les sujets durant l'anesthésie avec mon appareil, quand la température initiale de l'eau est de 40° et celle de la salle d'opération de 24°.

Dans l'expérience ci-dessus, la température finale de l'eau est de 33° ; les calories perdues ont servi à l'ébullition de l'éther et au chauffage du mélange.

Dans les anesthésies courtes (15 à 20 minutes), la température du malade, avec l'eau à 40°, s'élève fréquemment de 1 à 2 dixièmes de degrés durant la narcose.

Par contre, si, après l'opération, on enlève le masque, le malade respire l'air de la salle à 22°, très rapidement la température rectale baisse. Cet abaissement ne se produit guère si l'on couvre la figure du patient d'une mousseline sitôt l'enlèvement du masque. Ce minime abaissement de température aide certainement à combattre le shock opératoire.

Voici pour terminer le résumé de mes idées sur l'anesthésie générale :

1° La principale qualité d'un anesthésique est de n'être toxique qu'à une dose très différente de la dose thérapeutique. Dans l'état actuel de la science, l'éther paraît être celui qui souscrit le mieux à ce desideratum ;

2° L'anesthésie par les vapeurs d'éther, surchauffées à une température élevée variant de 35 à 42° suivant l'intervention, présente sur les autres éthérisations l'avantage de donner :

Une narcose obtenue rapidement,

Une narcose plus calme, plus régulière

Une narcose sans complications pulmonaires,

Une narcose sans contre-indications, sauf celles de l'anesthésie générale ;

Une narcose n'abaissant pas la température du malade et parfois pouvant l'élever comme il résulte de mes expériences personnelles ;

3° Dans toute éthérisation, la cyanose est provoquée par l'accumulation du gaz carbonique dans les alvéoles pulmonaires et non par les vapeurs d'éther ;

4° L'anesthésie est un acte thérapeutique : tout comme un thérapeute dans le choix d'une médication cardiaque par exemple, l'anesthésiste doit choisir son agent de narcose et savoir le faire varier suivant les cas et suivant les besoins ;

5° Le shock opératoire peut être divisé en shock psychique, shock anesthésique, shock traumatique. Les deux premiers doivent être réduits à leur minimum ;

6° Les injections hypodermiques de produits plus ou moins toxiques, pratiquées préalablement pour faciliter la narcose, me semblent être une erreur. Elles fatiguent l'organisme d'une façon très variable suivant les sujets. Leur effet ne peut être dosé, ni contrôlé, il ne peut être combattu rapidement si le sujet présente de l'idiosyncrasie pour la substance injectée ;

7° Le chirurgien qui se trouve journellement dans une atmosphère de vapeurs anesthésiques, s'intoxique lentement et fatigue son organisme ; ainsi l'ouvrier devient éthylique sans jamais avoir connu l'ivresse ;

8° Depuis l'observation de ces idées générales, ma mortalité opératoire a diminué d'une façon manifeste. Mes opérés ne présentent plus de ces phénomènes (céphalée, asthénie, anorexie) que j'attribuais au shock opératoire. Ils résistent mieux à l'infection et aux pertes sanguines. Je n'ai plus de ces pseudo-péritonites, de ces vomito negro qui emportaient le malade plusieurs jours après l'opération.

Enfin, les soins de garde post-opératoires se sont de beaucoup simplifiés.

Dr DESCARPENTRIES,
(Roubaix.)

Petite correspondance de médecine pratique

De quelques effets toxiques du calomel

Par le docteur Ed. CROUZEL, de La Réole.

Le protochlorure de mercure, connu aussi sous le nom de *purgatif doux*, de *mercure doux*, aurait-il usurpé ce qualificatif ?

J'ai eu l'occasion de constater des différences d'action inattendues de ce produit sur des personnes qui en usaient d'habitude à leur entière satisfaction : Une femme de 50 ans, atteinte d'*anorexie* et d'*embarras gastrique*, en absorba 0 gr. 50, selon mes indications. Deux heures après, elle fut prise de coliques violentes, accompagnées d'évacuations alvines prolongées qui mirent dans les transes tout son entourage. Le régime lacté absolu, de 24 heures, remédia complètement à cette alerte.

Un enfant de 3 ans, qui prenait habituellement tous les 15 jours, une dose de calomel de 0 gr. 20 comme laxatif-vermifuge, eut des vomissements et du pyrosis au creux épigastrique, qui se prolongea pendant 3 jours. Le petit malade avait eu les oreillons dont il était guéri du reste.

Une fillette âgée de 3 ans, après avoir ingéré un vermifuge composé de 0 gr. 10 de calomel, 0 gr. 025 de santonine et de 0 gr. 50 de lactose, fut prise de coliques assez intenses, accompagnées de selles diarrhéiformes verdâtres dont la durée ne dépassa pas 4 à 5 heures. Comment expliquer cette différence d'action du même médicament, chez les mêmes individus, à des époques différentes ?

Est-ce une différence de degré d'acidité du suc gastrique ou d'alcalinité des sucs intestinaux qui serait capable de provoquer la formation d'un nouveau sel mercuriel toxique par une combinaison avec des matières organiques à l'état naissant ?

Doit-on penser à un phénomène de nature anaphylactique ? Peut-on admettre qu'ici, les sécrétions internes se sont trouvées exagérées ou déficientes, dans tous les cas en déséquilibre, au point de modifier profondément l'état de résistance de l'organisme à l'intoxication qui s'est traduite par les symptômes banaux habituels (diarrhées, vomissements, etc.)? Le sel mercuriel a-t-il donné un coup de fouet à une autointoxication latente ?

Toutes ces diverses hypothèses sont admissibles ; mais quelle est la vraie ? Des expériences de laboratoire méthodiques seraient seules capables de faire la lumière sur cette question intéressante à plusieurs titres. On sait, en effet, les services que l'usage raisonné du *calomel* est susceptible de rendre en médecine infantile. Aussi serait-il désirable de pouvoir déterminer les contre-indications de ce produit.

De l'ensemble des observations cliniques que j'ai recueillies sur les effets du *calomel*, il semble résulter que l'action de ce sel se manifeste par des effets *purgatifs* ou simplement *laxatifs* (selon la dose employée) si ce produit traverse l'estomac sans altération. Dans le cas contraire, il en résulte des troubles gastro-intestinaux simulant une *intoxication* d'intensité variable et sous la dépendance d'états diathésiques ou pathologiques indéterminés. Par suite, dans le but d'éviter ces troubles toujours regrettables, il est indiqué d'entourer le calomel d'une enveloppe glutineuse inattaquable par le suc gastrique.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

La suppression de la respiration buccale. — Appendicite aiguë au cours de la varicelle. — La fixation des quantités dans les régimes alimentaires. — Traitement du tétanos grave par la sérothérapie associée à l'anesthésie générale. — Anesthésie générale par rachicocaïnisation lombo-sacrée.

La suppression de la respiration buccale.

Le *Progrès méd. Belge* publie un travail de M. W. James relatif à un appareil dont il est l'inventeur pour empêcher les sujets de respirer par la bouche.

On sait combien cette façon de respirer est anormale, et quels inconvénients elle entraîne, en particulier, de la gingivite et de la pyorrhée, et, chez les jeunes enfants, un arrêt de développement des os de la face.

S'il existe une obstruction nasale, on recourra d'abord au chirurgien. Mais si la respiration nasale est possible, on appliquera l'appareil surtout pendant la nuit.

Cet appareil se compose d'un cadre métallique sur lequel on tend une mince feuille de caoutchouc ; il se place à l'intérieur des lèvres et des joues, reposant sur les faces externes des dents et des gencives. Il se fait d'après un modèle constitué avec une empreinte de la face antérieure des maxillaires et des dents, celles-ci étant en occlusion.

Cet appareil est généralement bien supporté, et les résultats qu'il donne sont des plus satisfaisants. Il servirait au besoin pour corriger les défectuosités dentaires (orthodontie).

Appendicite aiguë au cours de la varicelle.

Après avoir rappelé avec quelle fréquence relative on observe l'appendicite au cours d'une maladie infectieuse tantôt indéterminée, tantôt au contraire parfaitement systématisée, telle que la rougeole, la grippe, la fièvre typhoïde, la paratyphoïde, la syphilis, etc., M. Laisne publie, dans la *Clinique*, deux observations de jeunes enfants chez lesquels l'appendicite est apparue au début d'une varicelle confluente. Chacun de ces enfants fut opéré peu de temps après, et on découvrit des lésions appendiculaires, allant jusqu'à l'abcès, conditionnées par le coli-bacille et par un streptocoque très virulent. A noter que ces enfants n'avaient aucun passé intestinal : on ne peut donc faire autrement que de rattacher ces appendicites à une infection sanguine, conditionnée elle-même par la fièvre éruptive observée concomitamme

La fixation des quantités dans les régimes alimentaires.

Pour M. Leven, il est plus important, dans l'institution d'un régime, de fixer la quantité que la qualité des aliments. Tel malade, expose-t-il dans la *Clinique*, atteint d'entérite, n'obtient aucun soulagement d'un régime sévère, qui guérit en peu de temps lorsqu'on attire son attention sur la notion des quantités.

Il en est de même en ce qui concerne les boissons : c'est ainsi qu'il est dangereux de trop boire au cours des repas, et que la quantité de 300 grammes doit être considérée comme un maximum, 150 grammes étant absorbés une demi-heure avant et le reste pendant.

L'auteur donne le schéma suivant d'un repas complet : comme premier plat, un plat d'œufs (un ou deux), de poisson (70 à 90 grammes), ou de viande (60 à 80 grammes). Comme second plat, 180 à 220 grammes de légumes ou de pâtes. Le dessert constituera le troisième plat et sera aussi soigneusement dosé.

Les avantages de la limitation des quantiés sont aussi de comporter une plus grande variété des menus et de permettre ainsi aux malades de vivre à peu près comme tout le monde, sans être forcés de s'isoler dans une maison de régime, ni de répondre aux questions énervantes que provoque toujours l'abstention systématique de tel ou tel aliment.

Traitement du tétanos grave par la sérothérapie associée à l'anesthésie générale.

MM. L. Martin et H. Darre publient, dans le *Bull. méd.*, l'observation détaillée d'un malade atteint d'un tétanos grave, chez lequel ils eurent l'idée d'associer à la sérothérapie antitétanique, la narcose chloroformique, à partir du 20e jour. A deux reprises différentes, les auteurs ont noté une amélioration manifeste de l'état du malade. Mais leurs efforts furent impuissants, et celui-ci succomba le 23e jour.

A l'autopsie, on trouva des lésions dégénératives aiguës du foie dues au chloroforme. D'autre part, au cours de la maladie, le malade présenta des accidents sériques qui forcèrent à suspendre la sérothérapie, ce qui démontre combien nous sommes encore ignorants de tous les éléments qui conditionnent l'anaphylaxie, un malade pouvant se sensibiliser, malgré qu'il reçoive du sérum tous les jours. Aussi doit-on pousser très lentement les injections, certains symptômes prémonitoires indiquant qu'il faut s'arrêter.

L'emploi du chloroforme dans le traitement du tétanos n'est pas nouveau, et dès 1851, Prévost y avait eu recours avantageusement. On fera bien de le faire précéder d'un lavement de chloral, pour éviter la période d'excitation du début, et même, de substituer l'éther en raison de l'action nocive du chloroforme sur la cellule hépatique.

Enfin, les auteurs concluent d'une façon générale qu'il ne faut pas se laisser terroriser par le spectre de l'anaphylaxie, et que les injections

antitétaniques préventives sont toujours indiquées dans tous les cas où l'on a quelque soupçon que le Nicolaier soit en cause.

Anesthésie générale par rachicocaïnisation lombo-sacrée.

M. Le Filliatre, après avoir exposé, dans la *Gaz. méd. de Paris*, les raisons anatomiques qui lui font donner la préférence, comme lieu d'élection de l'injection intra-duremérienne insensibilisatrice, à l'espace lombo-sacré, décrit ainsi sa technique :

Le malade étant à jeun, on ponctionne le canal rachidien au niveau de la première vertèbre sacrée, au-dessous de l'apophyse épineuse de la 5e lombaire, légèrement en dehors de la ligne médiane. On évacue de 10 à 25 cm. de liquide céphalo-rachidien, selon la tension de celui-ci, et aussi selon l'anesthésie que l'on veut obtenir. On injecte ensuite de 2 cmc. 1/2 à 3 cmc. d'une solution de cocaïne au 1/50e préparée extemporanément. En même temps, on pratique une injection sous-cutanée à la cuisse, de 2 milligr. de sulfate neutre de strychnine et de 5 cgr. de spartéine. Le malade allongé, la tête relevée par un coussin, est invité pendant 5 à 6 minutes à tousser pour faciliter la diffusion de l'anesthésique dans le canal rachidien. Au bout de 5 à 10 minutes, l'anesthésie est complète. On peut observer au début un léger état nauséeux suivis de phénomènes de vaso-constriction (pâleur de la face, affaiblissement de la force du pouls artériel), appelés *orage* par Chaput, et qui sont sans importance.

La durée de l'analgésie varie d'une demi-heure à trois heures, selon les régions et la dose injectée.

L'auteur a pratiqué 2837 rachicocaïnisations, dans lesquelles, il a toujours eu une *anesthésie suffisante, remontant jusqu'au niveau désiré, toujours complète, sans accident.*

BIBLIOGRAPHIE

Traitements nouveaux en clientèle, par le Dr Hyvert. Maloine édit. Paris, 1914, 3e éd. Prix : 4 f.

La nouvelle édition des traitements nouveaux en clientèle du Dr Hyvert comprend 100 pages pour les médicaments les plus récents ; 120 pages pour les médications nouvelles de 1912 et 1913. La 3e partie reste consacrée aux spécialités.

Dans le chapitre des médications, le plus original de l'ouvrage, l'auteur ne se contente pas de préciser les détails utiles et les indications pratiques des traitements nouveaux ; il ajoute ce qu'on en dit et ce qu'il en pense lui-même. A signaler parmi les meilleurs articles :

Psychothérapie, syphilis, anémie, tuberculose, culture physique, régimes en 1913, sérums de la coqueluche, de la furonculose ; spécialisations récentes de nos stations thermales, tous articles mis au courant pour 1914.

Ce livre annuel du Dr Hyvert aura le succès de l'édition 1913, épuisée depuis décembre.

L'Ophtalmologie du Praticien, par le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux (hôpital Cochin) 1 vol. relié, toile souple, in-16, 112 pages, 50 figures, Paris, 2e édition, 1914. Librairie O. Berthier (E. Bougault, succr), 77, boulevard Saint-Germain. Prix : 2 fr. 50.

L'étudiant qui fait un court séjour dans une consultation d'ophtalmologie, pour acquérir les quelques notions d'oculistique indispensables à l'exercice de la médecine générale, et le praticien, qui doit appliquer ces notions, trouveront en ce petit livre de poche le guide qu'il leur faut, pratique et concis, illustré de figures nombreuses et claires, assez grandes pour que les détails soient visibles.

Tout ce qui ressort du spécialiste a été laissé de côté. Les affections courantes, les traumatismes (et leurs conséquences médico-légales), les cas d'urgence sont les seuls points traités et toujours d'une façon réellement pratique. Ce petit livre est véritablement le « *Bagage ophtalmologique minimum du praticien.* »

Manuel d'hygiène rurale. — Georges Mouly, A. Maloine, édit.

Ce Manuel est, comme le dit le professeur Letulle dans une élégante préface, « adapté à son « but, qui est d'éclairer les gens de la campagne « sur les principes essentiels de l'hygiène *rurale* « et sur les principales données de l'hygiène « *sociale*, en ce qui, dans celle-ci, leur importe le. « plus, la dépopulation des campagnes et l'exode « rural. »

L'ophtalmologie du praticien, par le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des Hôpitaux, (hôpital Cochin), 1 vol. relié toile souple, in-12, 112 pages, 50 figures. 2e édition, 1914, Librairie O. Berthier (E. Bougault, successeur), 77, boulevard St-Germain. Prix : 2 fr. 50.

L'étudiant qui fait un court séjour dans une consultation d'ophtalmologie, pour acquérir les quelques notions d'oculistique indispensables à l'exercice de la médecine générale, et le praticien, qui doit appliquer ces notions, trouveront en ce petit livre de poche le guide qu'il leur faut ; pratique et concis, illustré de figures nombreuses et claires, assez grandes pour que les détails soient visibles.

Tout ce qui est du ressort du spécialiste a été laissé de côté. Les affections courantes, les traumatismes (et leurs conséquences médico-légales), les cas d'urgence sont les seuls points traités et toujours d'une façon réellement pratique. Ce petit livre est véritablement le « *Bagage ophtalmologique minimum du Praticien* ».

CORRESPONDANCE

La société métropolitaine.

A Monsieur le Président de la Mutualité Familiale.

Mon cher Confrère,

L'Association Générale n'est pas, paraît-il, satisfaite de son contrat avec la Mutualité familiale ; elle est sur ce point d'accord avec la Mutualité Familiale qui, dès longtemps, a envisagé la nécessité de ne pas renouveler ce contrat qui expire le 9 novembre 1915.

Mais alors que la Mutualité Familiale se place sur un terrain d'ordre général, on sent du côté de certains membres de l'A. G. se réveiller cette vieille hostilité contre notre œuvre qui s'est manifestée dès les premiers jours et qui, si elle a paru s'assoupir pendant quelques années, n'a cependant jamais disparu, — vous l'avez vous-même signalé à l'assemblée générale de 1912.

Cette hostilité nous est fort désagréable, à nous qui sommes à la fois membres de l'A. G. et de la Mutualité Familiale. Nous avions espéré que l'A. G. prêterait un concours direct à la Mutualité, qu'elle la patronnerait efficacement ; il n'en a rien été, et nous le regrettons ; nous voudrions du moins qu'elle ne cherchât pas à lui nuire.

Dans certaines Sociétés locales, la situation pour nous, défenseurs et adhérents de la Mutualité familiale, est intolérable ; nous ne voudrions pourtant pas démissionner. Pourquoi ne reprendriez-vous pas l'idée de la *Société métropolitaine* qui serait réservée aux membres de la Mutualité, tout en étant agrégée à l'A. G. ? Nous serions ainsi entre nous et nous aurions plus de force pour nous défendre contre les insinuations tendancieuses que vous connaissez.

La définition de l'accident du travail.

I

Parmi les nombreuses lettres reçues concernant la question posée à tous nos confrères par le Dr Diverneresse, voici d'abord la réponse du Dr Doucet-Bon, l'une des plus intéressantes.

« Abonné du *Concours médical* depuis 8 ans, et le lisant chaque semaine très attentivement, je viens essayer de répondre à la question que vous posez à vos lecteurs au sujet de la définition de l'*accident du travail.* Ainsi que je l'avais déjà fait remarquer dans ma thèse : « De l'état antérieur dans les accidents du travail. — Paris, 1907 », la loi de 1898 n'a pas défini l'accident. Cependant la pensée du législateur s'est manifestée nettement pendant les discussions qui ont

précédé, devant le Parlement, le vote de la loi. Et dans sa circulaire, M. Lebret, garde des Sceaux, écrit que « l'accident, tel qu'il faut l'entendre dans notre matière, consiste dans une lésion corporelle, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure » (circulaire du 10 juin 1899). M. Monis dans sa circulaire du 22 août 1907 emploie les mêmes termes.

M. le professeur Thoinot, dans son remarquable ouvrage sur les accidents du travail, fait ressortir que ces mots « lésions corporelles » employés dans la définition, demandent une interprétation plus large, sous peine d'exclure les *psychoses* et les *névroses* qui peuvent résulter de traumatismes, dont ce serait le seul effet.

M. Marestaing définit l'accident : « une atteinte au corps humain, provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure. » Cette définition indique bien les caractères de soudaineté, de violence, de cause extérieure, caractères que M. le Professeur agrégé Rémy a longuement développés au début de son cours sur les accidents de travail (Faculté de médecine de Paris, cours libre 1901-1902). Mais elle implique une synonymie erronée entre l'accident et la lésion corporelle qu'il produit, entre la cause et l'effet.

Un accident n'est pas une blessure, c'est un *événement* qui peut avoir, entre autres conséquences, la production de blessure. C'est du reste sa définition étymologique : *accidens, accidere*, quelque chose qui arrive, un événement.

Ce n'est pas une question de mots simplement, et c'est ce qui a toujours donné lieu à de nombreuses difficultés d'interprétation.

Il me semble qu'on pourrait définir l'accident du travail ainsi (pour avoir une définition complète et pouvant s'appliquer à tous les cas) :

Un fait anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure physique au cours ou à l'occasion du travail. Lorsque cet accident provoque des *blessures externes, des lésions médicales, des troubles nerveux psychiques*, on se trouve en présence de faits visés par la loi de 1898. »

Dr DOUCET-BON.

Réponse

Nous accepterions la définition ci-dessus proposée par notre confrère, s'il voulait remplacer les mots « soudain et violent », par le mot « rapide ». Notre but est, non pas d'engager la jurisprudence dans une voie nouvelle, mais, au contraire, de la suivre dans le sens équitable où elle s'engage, pour donner satisfaction au législateur. Peu nous importe, du reste, l'opinion des ministres passés, ou des médecins légistes. Ce que nous recherchons avant tout, c'est l'é-

quité. Il ne faut pas que l'on puisse dire que les magistrats sont plus humains, plus libéraux que les médecins.

Or, déjà les tribunaux ont accordé que le rhumatisme ayant fait suite à un séjour prolongé dans l'eau (dans l'espèce, il s'agissait d'un ouvrier ayant travaillé 4 heures dans l'eau) était bien un accident du travail. Ici, l'action n'a pas été soudaine, elle a été rapide.

Encore une fois, nous prions tous nos confrères, de donner leur opinion sur cette définition.

II

Après la lettre du Dr Doucet-Bon, voici notre confrère Pallier, qui nous donne, lui, « un autre son de cloche ».

Le Dr D.. fait appel à ses confrères, dans un des derniers numéros du *Concours* pour l'aider à trouver une définition permettant de faire rentrer dans les accidents du travail les maladies occasionnées par les conditions du travail. Je trouve que c'est là une besogne bien inutile. Nous aurons quelque jour une loi sur les maladies professionnelles. Attendons-la sans chercher à donner d'entorse à la loi sur les accidents du travail, et gardons au mot accident son sens naturel : « tout trouble causé dans l'organisme par un événement fortuit survenu à l'occasion du travail, en dehors des conditions normales de celui-ci, et d'un caractère nettement objectif.» Pour ma part, je n'éprouve aucun besoin de voir étendre les attributions d'une loi dont le principe même me paraît inique, puisqu'elle réserve indemnité, soins médicaux et pension à l'ouvrier blessé en travaillant au compte d'un tiers, tandis que le pauvre bougre, victime du même accident en travaillant à son compte, pourra crever de faim avec sa famille sans que la Société daigne s'occuper de lui.

Je ne sais pas très bien ce que peut être la justice sociale, mais je crois avoir l'idée de ce que serait la justice tout court, et cette idée n'est pas satisfaite souvent.

Réponse.

Nous nous sommes donc mal expliqués, si nous avons laissé entendre que nous voulions donner une entorse à la loi en faisant rentrer dans le cadre de la loi 1898 les maladies professionnelles. Celles-ci, à l'encontre des cas que nous visons, ont une *cause lente* qui demande des mois et des mois (d'une façon générale) pour présenter les symptômes qui les catalagueront (saturnisme, trypanosomiase, ankylostomiase, pneumo-koniose, etc., etc.). Notre but, en préparant des documents pour une définition nouvelle est d'aider la jurisprudence à remplacer le mot *soudain* par le mot *rapide*, et nous nous plaisons à reconnaître

que déjà quelques jugements ont adopté cette manière de voir.

Pourquoi voudriez-vous décréter « accident », quand il y a fracture — à l'occasion du travail — et qu'il n'y a plus « accident » s'il s'agit de pneumonie dans les mêmes circonstances ?

Le second point, qui a une portée beaucoup plus grande, touche à un des plus douloureux problèmes qu'aient à résoudre les philosophes : la répartition du bonheur et du malheur, la notion du juste et de l'injuste, la suppression du paupérisme... Du fait qu'une loi est imparfaite (et la loi-accidents l'est à beaucoup de titres, nous le concédons volontiers), il ne s'en suit point que l'on doive la rejeter en bloc ! Améliorons-la. Au point de vue social, la loi-accident est une sauvegarde pour l'ouvrier d'industrie ; étendons ce bienfait aux accidents agricoles, étendons son application à tous les tâcherons de l'existence, qu'un travail quotidien arrive à faire vivre, mais que le « chômage-accident-maladie » plonge dans la plus noire détresse.

De ce que nous ne pouvons secourir *tous* les malheureux, il n'en découle pas, qu'il ne soit déjà bien et bon de venir en aide à un *certain nombre*. Nous sommes complètement avec vous, pour déplorer que l'idée de justice « tout court » soit si souvent méconnue. Quant à l'idée de « justice sociale », dût-on nous traiter de rêveurs, elle a été énoncée, il y a quelque vingt siècles, sur les bords du lac de Thibériade.

III

Enfin pour terminer aujourd'hui le Dr Gaignard nous adresse la note suivante :

Rien n'embarrasse, dites-vous, comme une définition. Je suis de votre avis, et j'estime qu'on ne saurait prendre trop de précautions en en créant une. Vous proposez celle-ci : Tout trouble survenu dans l'ordre anatomique ou physiologique, dans un délai de quelques jours, et à cause des conditions où s'exerce une profession, doit être considéré comme accident du travail. » Votre définition est entachée d'un grave défaut, qu'elle partage avec celle de Thoinot, citée dans « Forgue et Jeanbrau », et beaucoup d'autres. Elle confond deux choses absolument distinctes : l'effet de l'accident et l'accident lui-même.

Il est bien évident, en effet, que, lorsqu'un carrier reçoit une pierre qui lui entaille le cuir chevelu, le coup de pierre est l'accident, et non la plaie qu'il a causée.

Elle est de plus inexacte en ce sens qu'elle assimile la maladie professionnelle à l'accident du travail, ce qui est absolument contraire à l'esprit de la loi. *Dura lex, sed lex.* Supposons un ouvrier peintre atteint de coliques saturnines, c'est-à-dire d'un « trouble physiologique survenu à cause des conditions où s'exerce sa profession. » Il devrait être, d'après votre défini-

tion, considéré comme accidenté du travail alors qu'en fait, il n'y a jamais eu d'accident et que son affection rentre absolument dans la classe des maladies professionnelles.

Il est bien certain d'ailleurs que, pour le législateur, l'accident est le fait nécessaire et primordial, le seul du reste qui ait déterminé la raison d'être de la loi. Il semble donc que la première œuvre du parlement eût dû être de préciser ce qu'était l'« accident du travail. » Il n'en a rien été, et ledit Parlement a sans doute estimé que l'usage courant et le bon sens suffiraient à en déterminer le sens exact.

Une bonne définition doit à mon avis combler cette lacune, et dire ce qu'on entend par accident du travail.

Reclus a fait paraître un article fort intéressant sur ce sujet. En quelques pages très documentées, il met au point la question et propose l'énoncé suivant :

L'accident du travail est : « Un événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager ».

Cette définition a des qualités. Elle est courte, bien française, facile à retenir. Elle a l'avantage de comprendre tous les faits pouvant être classés comme accidents du travail, et seulement ceux-là, puisque, conformément à la loi, elle élimine les maladies professionnelles.

Comme l'a fait remarquer Reclus, sa définition s'applique à tous les cas. Le plus souvent, on a affaire aux traumatismes courants, coupures, contusions, etc. L'accident est ici évident et sa gravité en rapport avec la nature, la force vive et le point d'application de l'agent vulnérant.

Mais la définition englobe encore les faits moins nombreux où la relation de cause à effet entre le traumatisme et ses suites n'est pas évidente de prime abord, et la piqûre, si petite soit-elle, qui a déterminé toute une série de phénomènes infectieux par inoculation septique, est bien encore « l'événement imprévu et soudain ».

A côté de cela, il existera toujours des cas « limite » entre l'accident et la maladie, et où il ne sera vraiment pas facile de se prononcer,

Mais je défie bien qui que ce soit de pouvoir les englober dans une définition, si bien faite soit-elle. Ils ne sauraient, en effet, se contenter d'une solution univoque, et l'ensemble des circonstances qui les accompagnent peut seul concourir à les classer dans telle ou telle catégorie.

Tant il est vrai qu'en ces choses comme en beaucoup d'autres l'absolu n'existe pas.

Réponse.

Nous n'avons rien à modifier à nos réponses précédentes. Nous répétons simplement que nous proposons de substituer au mot *soudain*, de la définition Reclus, le mot *rapide*, qui correspond mieux à la réalité des faits, selon nous.

Mais il est bien entendu que nous ne cherchons nullement à transformer les maladies professionnelles en accidents du travail : il ne saurait y avoir d'équivoque à ce sujet.

Docteurs DIVERNERESSE
et MOLINÉRY.

Variétés sur les accidents du travail.

Où l'on peut voir que la suppression du libre choix transformerait les ouvriers « en cobayes de laboratoire » :

Je viens d'obtenir avec cette poudre de Bulgarine la cicatrisation d'une plaie contuse du petit doigt de la main gauche d'un ouvrier blessé, en cinq jours, alors que j'avais déjà soigné cette plaie pendant quinze jours avec du peroxyde de zinc, sans pouvoir obtenir d'autres résultats que de la suppuration. Je vous autorise pleinement à signaler ce fait.

La plus grande fantaisie pourra se donner libre carrière, ou mieux encore, le patron pourra imposer tel produit qui lui sera le plus chaleureusement recommandé, par quelque « honnête » industriel !.....

Les médecins des bureaux de bienfaisance de Toulouse.

Comme suite et conclusion à l'article que nous avons publié récemment au sujet du conflit entre les médecins du bureau de bienfaisance de Toulouse et l'administration, nous lisons dans *La Lanterne* :

Toulouse, 30 janvier. — A la suite de l'arbitrage du préfet, le conflit entre les médecins du bureau de bienfaisance est terminé.

Les médecins de l'Assistance reçoivent mille francs d'appointements pendant les trois premières années, 1.200 francs après cette première période.

Le contrat sera de dix-huit ans, renouvelable pour une période triennale ; il ne pourra prendre fin que par démission ou à raison d'une faute professionnelle.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

I

Importante déclaration.

L'article qui paraît aujourd'hui, immédiatement après la présente déclaration, est le dernier que nous publierons avant le *Congrès des Praticiens* sur le rôle social du médecin.

Nous savions qu'une étude de cette importance devait soulever des objections, provoquer des discussions, et nous avouerons que nous comptions sur ces objections pour donner à nos articles la vie qui fait un peu défaut à des exposés quasi dogmatiques.

Notre étude était anonyme, nous l'avions dit ; tous pouvaient donc y participer sans la moindre crainte, et les colonnes du *Concours* étaient ouvertes à toutes les opinions — nous l'avons montré.

Enfin, nous n'avions — et nous l'avons répété —, en aucune façon, l'intention d'imposer une opinion préconçue ; nous voulions, entrant dans le domaine exclusif de la pratique, faire un exposé complet de la question pour le soumettre aux syndicats médicaux et leur dire : « vous seuls êtes compétents ; c'est à vous de juger, c'est à vous de décider ».

Mais nos intentions n'ont pas été peut-être suffisamment comprises : les uns ont cru que notre avis pourrait peser sur les Syndicats médicaux et leur imposer des idées qu'ils considèrent comme dangereuses, tandis que d'autres ont craint que notre campagne nuisît au *Congrès des Praticiens* et par avance le frappât de stérilité.

Notre réponse aux uns comme aux autres est la même : nous suspendons jusqu'après le Congrès des praticiens la publication de nos articles.

Il nous suffit d'ailleurs d'avoir quant à présent précisé les points suivants :

1° Ce qu'on est convenu d'appeler la *médecine publique* ou la *médecine sociale* exige des agents d'enquête, d'exécution et de contrôle.

2° *Ces agents ne peuvent pas ne pas être docteurs en médecine.*

3° Il y a incompatibilité entre les obligations, les devoirs et les droits du *médecin de soins* et les fonctions du *médecin de contrôle.* Méconnaître cette vérité, que les faits se multiplient pour rendre évidente, c'est créer volontairement des conflits d'intérêts inévitables, des cas de conscience insolubles dont souffriraient à la fois l'individu et la collectivité.

4° En conséquence, il est nécessaire d'organiser la séparation des pouvoirs et de définir les rôles respectifs du *médecin de soins* et du *médecin de contrôle,* en donnant à chacun le statut qui lui convient.

5° Il faut, par contre, repousser la tendance actuelle de l'État qui est de charger de cette double charge le praticien plus ou moins fonctionnarisé.

Nous livrons ces propositions à la discussion des syndicats médicaux, convaincus qu'aucune solution positive du problème ne pourra être apportée si elles ne sont pas prises en considération.

Plus tard, fidèles à notre rôle de société d'études, nous reprendrons la question que nous conservons à l'ordre du jour.

Nous n'avons jamais eu en vue que l'intérêt du corps médical ; aujourd'hui cet intérêt nous conseille la discipline, et nous nous inclinons.

II

Impossibilités de la fonctionnarisation des médecins traitants.

Les articles qui ont été publiés dans les précédents numéros du *Concours* sur le rôle social du médecin, aboutissent à cette conclusion qu'il faut établir une séparation absolue entre les obligations d'ordre administratif et le rôle du médecin praticien, alors qu'à l'heure actuelle ces deux fonctions sont souvent confondues dans le même homme.

Nous avons donc envisagé la création de nouveaux fonctionnaires, docteurs en *médecine,*

chargés de représenter les intérêts de la Société tout entière

Mais, ce faisant, n'avons-nous pas à craindre une fonctionnarisation complète du corps médical tout entier ? Est-il donc impossible de voir des médecins communaux, ou cantonaux, recevant des appointements fixes, nommés par l'autorité supérieure, placés sous la surveillance des maires et des préfets et chargés de donner gratuitement leurs soins à toute personne qui en fait la demande ?

L'idée n'est pas nouvelle, et déjà, un député de notre connaissance a esquissé ce que pourrait être cette médecine officielle.

Plus d'abus médicaux, plus de contestations d'honoraires, et surtout quels avantages électoraux ! Car le médecin, fidèle exécuteur des ordres de la préfecture, serait un agent électoral de tout premier ordre.

Néanmoins, malgré les rêves de ces hommes qui veulent renouveler le voyage dans l'Ile d'Utopie, *nous affirmons très énergiquement qu'impossible est la fonctionnarisation des médecins traitants.* Nous déclarons cette impossibilité pour des raisons d'ordre divers que nous allons passer en revue.

Impossibilités d'ordre juridique et social.

Il est actuellement un courant d'opinion qui se fait de plus en plus irrésistible et que l'on voit signalé chez les adversaires les plus résolus du corps médical : c'est le droit que tout homme possède de pouvoir choisir librement le médecin en lequel il entend placer sa confiance, sa santé et sa vie. Cette idée est très en faveur et repose sur les immortels principes de 1789. Au reste, depuis le siècle dernier, sont encore venues s'ajouter les notions d'égalitarisme et de solidarisme. Ce que le riche a le droit de faire, le pauvre en a également le droit, et si le riche peut, avec son argent, faire appel au médecin de son choix, le pauvre demande à la solidarité sociale de lui donner les secours médicaux suffisants, pour qu'il puisse reprendre sa force de travail. La loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, a laissé les départements libres d'établir, à leur guise, à l'abonnement ou au libre choix, le service médical des indigents. Or, à l'heure présente, plus de soixante départements ont adopté, sous la pression de l'opinion publique, le système dit vosgien, laissant à l'indigent le droit absolu de faire appel à tout médecin ayant accepté le tarif adopté par le Conseil général et mis en exécution par arrêté préfectoral.

On peut également considérer la poussée d'opinion qui se fait au sein des sociétés de secours mutuels. Dans les Congrès, dans les Assemblées générales, dans les journaux mutualistes, partout les sociétaires réclament de leur conseil d'administration le droit de choisir le médecin qui leur plaît personnellement. Vainement au nom de questions budgétaires ou autres, les dirigeants mutualistes cherchent à enrayer ce mouvement ; les malades entendent avoir leur docteur et non pas celui qui a su plaire aux puissants et aux riches qui sont à la tête de leur mutualité.

C'est enfin le législateur de 1905, qui a reconnu à l'ouvrier, blessé dans son travail, le droit absolu de choisir son médecin. Qu'on le veuille ou non, le libre choix du médecin est un dogme basé sur la liberté naturelle de tout homme, et rien ne peut actuellement entraver ce courant irrésistible d'opinion

Impossibilités d'ordre utilitaire.

1° *Le malade.*

Tout homme qui travaille constitue une force économique sociale. Une nation a le plus grand intérêt à voir les forces actives et productives s'accroître en le plus grand nombre possible. On l'a si bien compris que les idées d'économie politique nationale actuelles ont été pour beaucoup dans l'élaboration des lois dites de solidarité sociale : la loi de 1893 met à la charge de la société tout entière le prix du retour à la santé de l'indigent malade, c'est-à-dire du membre improductif. La loi de 1898 a fait insc ire sur la liste des frais généraux d'une entreprise les dépenses occasionnées par les accidents du travail.

Cependant, il importe que le malade soit non seulement soigné, mais le plus vite guéri, pour qu'il puisse redonner à la société le produit de sa force de travail.

Il faut donc qu'il puisse avoir toute confiance en son docteur, et c'est pourquoi le libre choix du médecin, pour tout individu qui ne peut payer de sa poche le docteur qu'il a demandé, s'impose de plus en plus, dans tous les milieux et dans tous les esprits.

2° *L'Etat.*

Les rêveurs qui croient à la fonctionnarisation du médecin, s'imaginent que le gouvernement pourrait inciter le Parlement à faire le nécessaire pour créer des praticiens soignant des malades et qui ne seraient que des fonctionnaires d'Etat.

« Voyez, disent-ils, ce qui se passe avec les médecins de sociétés de secours mutuels ou de mines ? Voici des docteurs qui sont dans la main de ceux qui les paient. Pourquoi n'en serait-il pas de même avec l'Etat tout puissant ? »

Notons tout d'abord, que ces gens, qui rêvent de fonctionnarisation du médecin, sont des gens bien portants et riches. Ils savent bien que le fonctionnaire médecin ne sera pas pour eux : ils ont suffisamment de ressources pour s'offrir le

docteur de leur choix. Ils ne veulent du médecin d'Etat que pour l'immense majorité de ceux qui n'ont pour toute fortune que leurs salaires et leurs bras.

Mais ce désir de fonctionnarisation cache des intérêts pécuniaires : faisons des économies pour la Société de secours mutuels, dont se sert le président pour sa situation politique ou pour sa boutonnière. Si le médecin est gratuit ou presque, les mutualistes auront de faibles cotisations à décaisser, la mutualité sera nombreuse, partant puissante... pour le plus grand bien de ses dirigeants.

N'oublions pas également l'intérêt électoral, car ces puissants d'aujourd'hui ont des situations politiques et seront très heureux de voir la préfecture mettre au service de leur réélection l'armée des médecins d'Etat, qui feront de la propagande dans la masse des électeurs.

Mais souvent, dans leurs exposés tendancieux, ces innovateurs font une confusion regrettable ; ils disent que l'intérêt privé doit s'incliner devant l'intérêt collectif et que ce dernier doit tout primer. Par suite, avec des médecins d'Etat, la Société tout entière sera préservée bien mieux que par les médecins actuels qui sont par trop fidèles observateurs des intérêts des clients.

Il suffit de se reporter aux articles que nous avons déjà publiés pour voir quelle erreur grossière est la leur ; les fonctions de médecin de l'individu et celles de défenseur de la santé publique doivent être absolument distinctes et séparées. La confusion actuelle des fonctions est extrêmement préjudiciable au malade et à la collectivité. Nous en avons trop fait la preuve pour y revenir.

Mais les partisans de la fonctionnarisation du médecin n'oublient qu'une chose et qui pourtant est capitale : quel budget formidable ne faudra-t-il pas pour rémunérer l'armée des médecins fonctionnaires communaux ?

Alors qu'actuellement, on se plaint des dépenses sans cesse croissantes que nécessite la mise en pratique de nos lois de solidarité sociale, on voudrait faire peser sur les contribuables des charges nouvelles pour qu'il y ait une médecine officielle et administrative.

Il faudrait prévoir des appointements, avec augmentation de classe, retraite, etc.

A-t-on songé à mettre sur le papier ce total des frais qui seraient indispensables ? Sans compter qu'à côté des appointements fixes, il faudra prévoir des frais de déplacement pour les médecins. Qui paiera la voiture, l'auto, la bicyclette, les repas pris forcément hors du domicile ? Accordera-t-on au praticien des frais journaliers ? Mais ceux-ci seront variables suivant la topographie de la région et la densité de la population. A quel budget serions-nous conduits ?

Enfin, comment résister aux demandes des maires qui trouveraient que dans leurs circonscriptions, il n'y a pas assez de médecins, ou que là où il n'en existe pas actuellement, il en faudrait un ? Lutte de compétitions et d'influences, et ce serait encore le pauvre contribuable qui devrait payer la sauce.

N'oublions pas que la comparaison avec les Sociétés de secours mutuels et les mines ne peut se faire. Une mutualité offre une rémunération dérisoire à son docteur parce qu'elle lui fait croire que le titre et les fonctions de médecin mutualiste lui attireront des clients. On fait miroiter aux yeux du praticien, une clientèle toute faite et l'on traite les malades à la grosse, comme on passe des marchés de marchandises, en oubliant volontairement que la fabrication industrielle et les soins à donner aux malades ne sont nullement choses comparables.

De plus, si le médecin de mutualité est mal payé, il peut faire de la clientèle privée, ce qui lui permet de gagner petitement sa vie. Tandis que le médecin d'Etat sera, comme tout fonctionnaire, uniquement rémunéré par le traitement officiel qu'il touchera à la fin de chaque mois.

Impossibilités pratiques.

Laissons ces rêveurs dans leur utopie et considérons comment pourrait fonctionner, dans la réalité, le service médical organisé avec des médecins fonctionnaires.

Supposons qu'il y ait des médecins nommés par l'autorité administrative, ayant un statut et un avancement régulier, avec des appointements annuels fixes. Chaque médecin est chargé d'une circonscription, partie ou totalité de commune ou de canton, suivant l'agglomération et la densité de la population.

Nous pouvons affirmer comment sera exécuté ce service médical, car nous n'avons qu'à prendre comme exemple les médecins de certaines sociétés de secours mutuels ou de mines, ou d'usines, qui touchent de 3 à 5.000 fr. par an.

1° *Le malade* :

Il a droit de faire venir le médecin quand bon lui semble ; aussi ne s'en prive-t-il pas. Le moindre bobo, le plus petit mal aux dents, l'indigestion la plus banale suffisent pour que le docteur soit mandé d'urgence. Notons bien que, lorsque le malade ne paie pas, c'est le patient et non la maladie qui est pressé.

Certains clients vont même plus loin : ils font appel au praticien à une heure avancée dans la nuit, car sûrement à ces heures, le docteur est rentré chez lui et il ne fera pas attendre sa visite.

Heureux encore lorsque plusieurs médecins ne sont pas appelés en même temps, pour le même malade, qui s'amuse à savoir combien de temps moyen les docteurs mettent pour ac-

courir au chevet de leurs malades. Nous nous rappelons encore un cas personnel, où, une certaine nuit, nous nous trouvâmes à deux heures du matin, quatre confrères auprès d'une indigente qui avait une vague indigestion, *post cibum* et qui, bien entendu, ne payait personne, sauf le mastroquet.

Aussi, le malade se plaint toujours de son médecin : le docteur ne met pas assez de zèle, il se fait trop attendre, il fait ses visites trop rapidement, il ne se donne pas la peine d'examiner le cas, pressé qu'il est de rédiger son ordonnance et de s'en aller.

Quant aux clients sérieux, ils n'aiment pas se confier au médecin qu'on leur impose, ils craignent que leurs secrets soient mal gardés, divulgués même auprès des chefs du médecin. Aussi ne consultent-ils le médecin docteur officiel, que pour les petites choses, puisqu'il ne coûte rien. Mais qu'il s'agisse d'un cas sérieux, vite on fait appel au médecin indépendant qui est bien meilleur, parce que le client le paie.

Ce sont là des choses véritables et absolument vraies : elles ont été vécues.

2° *Le médecin* :

Tout homme est mû par deux principes, guidé par deux lois : l'intérêt personnel et le moindre effort.

Un praticien qui veut se faire une clientèle ou qui veut la garder met tout son zèle et son dévouement pour contenter ceux qui placent en lui leur confiance.

Croit-on qu'il n'y ait que le seul mobile du devoir à accomplir qui pousse le praticien de campagne à sortir par tous les temps, à fouler deux mètres de neige, à se lever la nuit, à risquer cent fois sa vie, au milieu des tourmentes, pour aller auprès d'un contagieux et pour rapporter la contamination à son propre foyer ?

Est-ce l'amour de l'art qui force le docteur éreinté par une journée de labeur, à se mettre au travail, le soir à la veillée, pour rester au courant de son art, des découvertes nouvelles, pour en faire ensuite profiter ses clients ?

Supprimez l'intérêt personnel par la fonctionnarisation, supprimez le désir d'avoir une belle clientèle, abolissez l'émulation entre confrères, et vous aurez des gens accomplissant un art, comme on fait un métier.

La sonnette de nuit sera très souvent dérangée, les fils coupés ; les accouchements auront bon dos et avant minuit, M. le docteur sera sorti voir des malades ; après minuit, il ne sera pas encore rentré : telle est, du moins, la consigne qui sera passée à une domestique bien stylée.

Le médecin goûtera enfin la douceur des bons repas, pris en famille, sans hâte ni presse. Plus la peine d'aller voir un malade entre le rôti et le légume : le client pourra bien attendre et s'il est pressé, qu'il s'adresse à l'autre médecin fonctionnarisé.

Plus, il y aura grand avantage à se faire une réputation de médiocre médecin : les clients se porteront de préférence chez celui qui passera pour le plus habile ou le plus affable, et comme tous les praticiens, auront les mêmes appointements, le service le plus agréable, le moins chargé sera l'apanage, par la force des choses, des médecins roublards qui en feront juste assez pour ne pas mériter de réprimande de la part de l'autorité supérieure et hiérachique. Ce sera l'âge d'or de la médiocrité. Tout malade sera un carottier, a priori, sinon, s'il est vraiment malade, on fera son possible pour l'envoyer à l'hôpital. Le médecin fonctionnarisé cherchera, par tous les moyens, à se débarrasser de ses clients imposés.

3° *L'Etat* :

Comment contrôler le fonctionnement d'un service médical ? Il faudrait des chefs médecins, qui seraient chargés d'inspecter, de recevoir les plaintes, de faire des enquêtes. Mais ce sera comme pour l'inspection du travail : trop de gens et d'usines à surveiller, mais des inspecteurs en trop petit nombre.

D'autant que les plaintes formulées par les clients seront centralisées entre les mains des maires. Confrères fonctionnarisés, soyez toujours très bien avec ces magistrats communaux, N'oubliez pas le bon fabuliste et répétez avec lui : « Selon que vous serez puissant ou misérable, les jugements de cour vous rendront blanc ou noir. » Ici, la puissance sera votre pouvoir politique et le nombre de voix dont vous pourrez disposer.

Alors, si la politique s'en mêle, la médecine fonctionnarisée sera bien malade et nous conclurons que, dans ce temps utopique de médecine d'Etat, si le médecin indépendant n'existait pas, il faudrait l'inventer. A lui, les mécontents et ils seront légion, à lui la confiance de ceux qui souffrent, à lui les joies de l'art de guérir et non la banalité du métier de médicastre.

Devant ce résultat piteux, nous serions tentés de chanter le refrain d'Ange Pitou, dans la mère Angot... « Ce n'était pas la peine assurément... »

V

Correspondance

Voulez-vous me permettre de vous signaler, dans votre étude, un point auquel vous ne paraissez pas songer.

Vous faites intervenir le Syndicat dans l'organisation de la médecine sociale : je me demande pourquoi ?

Le *Syndicat*, organe de défense économique, n'est pas plus que la *Société locale*, société de secours mutuels, qualifié pour participer à cette organisation.

Qu'on fasse appel au Corps médical, cela se conçoit, mais le Syndicat n'est pas le Corps médical. Que faites-vous des médecins qui n'en sont pas membres et pourquoi leur refusez-vous le droit de donner leur avis et leur concours en la matière ?

Vous savez bien que le Syndicat ne peut pas être obligatoire, qu'il n'est pas et ne sera jamais la corporation. Or c'est la corporation tout entière qui est intéressée au fonctionnement de la médecine sociale et non pas seulement telle ou telle fraction groupée pour des raisons d'un ordre absolument différent.

Quand on a réuni les Congrès des praticiens pour discuter les questions de l'enseignement médical, du libre choix du médecin, etc... s'est-on adressé aux seuls syndiqués ? — Non, et on a eu raison. On convoqué un nouveau Congrès pour discuter la question de la médecine sociale, on ne s'adresse pas davantage aux seuls syndiqués. Pourquoi donc, dans votre projet, n'agissez-vous pas de même et ne prévoyez-vous pas des réunions spéciales de tous les médecins exerçant dans la région ?

Le *Concours médical* a été le promoteur de l'idée syndicale dans le Corps médical, il n'a cessé d'encourager le mouvement de groupement professionnel — et j'estime qu'il a eu grandement raison — il aurait tort de vouloir faire du Syndicat l'unique représentant du Corps médical et son intermédiaire obligatoire dans ses relations avec les pouvoirs publics.

Réponse.

Lorsqu'un représentant du gouvernement ou d'une collectivité, privée ou publique, veut causer avec les médecins, à qui s'adressera-t-il ? Au Corps médical, dites-vous, à la corporation tout entière. Mais à quelle adresse ? A quels hommes ? A quels représentants autorisés du corps médical et de la corporation ?

Il faut donc bien admettre que notre profession doit être représentée, au point de vue de nos intérêts corporatifs et collectifs, par des groupes, par des associations.

Que ces groupes, dans certaines circonstances, fassent appel à des Congrès des praticiens, pour pouvoir obtenir l'opinion du plus grand nombre de médecins et pour frapper l'esprit de l'opinion publique, par une agitation et une levée de boucliers, c'est leur droit. Mais admettez avec nous que les associations médicales sont des entités qui existent, qui ont leur vie propre, une personnalité morale, alors que le Corps médical, dans son ensemble, n'est qu'une masse de praticiens, sans existence légale, ni même fictive.

Aussi, le législateur l'a si bien compris qu'il a édicté une loi spéciale, celle du 21 mars 1884, qui, créant les Syndicats professionnels, a entendu matérialiser les intérêts corporatifs, en les faisant défendre par des organisations, qu'il a baptisées du nom de Syndicat.

Plus tard, la loi du 1er août 1901 sur les associations a permis des groupements d'ordre divers, mais cette loi n'a dérogé en rien aux prescriptions édictées par la loi de 1884.

Aussi les associations de défense professionnelle, seules reconnues par la loi et seules ayant le droit légal de faire de la défense professionnelle, sont les Syndicats.

Seuls, ces Syndicats sont reconnus officiellement par les pouvoirs publics. Ce sont uniquement les Syndicats et jamais une autre association professionnelle, qui sont appelés à désigner des représentants pour la modification du Tarif Dubief. Eux seuls encore qui doivent élire un médecin représentant des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité.

Ce faisant, le législateur applique au Corps médical la ligne de conduite imposée par la loi de 1884, en ne considérant comme représentant officiel des intérêts professionnels d'une corporation quelconque que l'association dénommée syndicat et formée en conformité avec la loi du 21 mars 1884.

Voilà pourquoi, nous sommes obligés de nous soumettre aux lois de notre pays et de ne considérer que les seuls Syndicats comme pouvant discuter avec les pouvoirs publics, au nom de notre profession pour l'organisation de la médecine sociale.

Dura lex, sed lex.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Réponse à Monsieur le Président Loubet

M. le Président Loubet, pour lequel je professe la plus grande vénération comme ancien chef de l'Etat, depuis qu'il a quitté la haute charge qu'il occupait, a contracté la présidomanie. Ne pouvant plus présider le Conseil des Ministres, dans les loisirs que lui laissent les conseils d'administration, il préside les réunions des Sociétés de bienfaisance et surtout les assemblées des Sociétés de Secours mutuels. Ceci est fort naturel. Depuis que La Tour d'Auvergne a laissé libre l'emploi de premier grenadier de France, M. le Président Loubet a tenu à le remplacer en s'intitulant le premier Mutualiste de France.

Or donc, il présidait récemment une grande fête mutualiste dans laquelle on distribuait des récompenses aux plus anciens administrateurs de Sociétés de Secours mutuels. M. Loubet obtint pour sa part une médaille d'or, et avec une simplicité charmante, il remercia M. Mabilleau et le grand Etat-major en leur disant que, de toutes les distinctions qu'il avait reçues, c'est cette médaille et celle de l'assistance publique qui l'ont le plus touché. « Encore, ajoutait-il en parlant de cette dernière médaille, ma femme l'avait avant moi, et j'en étais un peu jaloux, bien

que je doive reconnaître qu'elle la méritait plus que moi. » J'ai chanté au temps de ma jeunesse quelque chose d'analogue : « C'est vrai, lui dit le Roi, ma femme l'a méritée avant moi. »

Mais, trêve de plaisanterie. M. le Président Loubet fit à cette occasion un grand discours où il vanta les bienfaits de la Mutualité en insistant sur sa puissance et en répétant aux membres présents la fameuse phrase de Nancy : « Vous êtes le nombre, vous êtes six millions, vous êtes la force. Dites-le, faites prévaloir vos intérêts qui sont les intérêts de tous et qui se confondent avec les intérêts et la grandeur de la Patrie. »

Au cours de son allocution, il dit son mépris et son indignation inspirés par les calomnies publiées dans la presse contre la Mutualité et les Mutualistes : « Messieurs, dit-il, continuons cette œuvre, laissons dire ceux qui dénigrent la Mutualité, laissons-nous reprocher d'avoir des frais de gestion trop élevés, laissons dire que les subventions de l'Etat sont trop fortes, que l'effort des adhérents n'est pas suffisant. Je ne veux pas savoir qui inspire ces articles ni chercher quel profit ils peuvent produire. »

Je suppose que dans l'espèce, il s'agit surtout de notre grand confrère le journal *Le Temps* et des articles si documentés de M. Weber et de M. Laferre. Notre pauvre *Concours médical* tient une place si modeste auprès de la grande presse qu'il n'a certainement pas dû être visé par les phrases de M. Loubet. Mais pourtant, comme j'ai l'honneur de mener campagne contre l'organisation actuelle si néfaste de la Mutualité, je tiens à revendiquer la responsabilité de mes paroles, et à me considérer comme visé par le discours de M. le Président Loubet. C'est pourquoi je me vois obligé à répondre aujourd'hui à ses questions.

Je n'ai personne qui inspire mes articles. Je n'appartiens à aucune compagnie d'assurances dont je cherche le développement au détriment de la Mutualité. Je ne fais pas de politique, je ne réclame pas de rubans, je prétends que ma campagne est désintéressée et n'est que l'expression de l'exacte vérité. J'ai une si haute idée de la Mutualité, qui devrait être si belle si elle savait remplir son devoir social, que je tiens à la défendre et à la vouloir grande et digne, et non pas rapetissée à l'état de belle entretenue qu'elle est de nos jours. Ma campagne est dictée par ce motif, que je désire que la Mutualité ne soit pas le tremplin d'hommes politiques, ne soit pas une machine électorale, ne soit pas une fabrique à décorations ; je désire que la Mutualité ne soit pas l'exploitation d'une classe de citoyens par une autre. Je veux qu'elle respecte la liberté de tous, la liberté de conscience, la liberté de confiance, en un mot, qu'elle soit une institution démocratique basée sur les droits de l'homme et non pas sur la force brutale du nombre, de l'argent, des compromissions politiques, enfin, parce que j'ai une conception toute autre que M. le Président Loubet, de la Mutualité.

En effet, dans « L'Avenir de la Mutualité », on nous révèle que l'ancien chef de l'Etat se plaît à montrer à ses vieux collègues par son attachement à sa Société comme par ses souvenirs, qu'il est resté comme eux un véritable administrateur mutualiste. « Depuis « lors (la fusion des Sociétés de Secours Mutuels de « Montélimar), la Société de Montélimar unie et « forte n'a cessé de prospérer, perfectionnant sans « cesse ses services de maladies. Quant aux retraites, « la cotisation mensuelle de 1 franc des 500 membres « que comptait la Société après la fusion n'avait pas « permis de les créer. Mais leur création a été rendue « possible grâce aux 120 membres honoraires que « M. Loubet et ses collègues n'ont pas tardé à recru- « ter par une propagande active et par des démarches « personnelles auprès de toutes les personnes aisées « de la ville ; la Société sert actuellement une pension « annuelle de 125 francs à 55 membres retraités. »

Nous n'adresserons pas nos félicitations à M. le Président Loubet sur le recrutement des membres honoraires de sa Société : la chose est toujours facile, quand on détient les pouvoirs et les hautes fonctions de l'Etat. Nous n'appelons pas cela de la Mutualité, mais de la Mendicité aggravée d' « infection politique et électorale. »

Que M. le Président Loubet veuille bien recevoir toutes mes excuses pour avoir osé lui dire la vérité.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le secret professionnel.

Dans une réunion mondaine, un vénérable curé en visite est mis sur la sellette : « Vous devez avoir entendu toute espèce d'histoires au confessionnal : racontez nous-en quelques-unes sans qu'on puisse soupçonner les personnes dont il s'agit. » Il se défend mollement, et, à la fin, énervé par l'insistance de tout le cercle d'auditeurs qui l'entoure, il laisse échapper : « La seule chose que je puisse vous dire, ce souvenir date d'il y a très longtemps, c'est que ma première pénitente avait trompé son mari. »

Quelques instants après, au milieu du brouhaha d'entrée de nouvelles visites, une de ces dames qui viennent d'arriver lui est présentée, et s'écrie : « Depuis de longues années je connais M. le Curé ; je fus sa première pénitente ! »

Inutile de dire quel courant d'air, terriblement froid, il fit à ce moment et quelle contenance embarrassée fut celle de l'ecclésiastique.

Ce secret professionnel, qui eût dû être gardé en entier, est nôtre aussi : et c'est ce qui élève notre profession au-dessus de toutes les autres pour en faire un véritable sacerdoce.

Il est intangible, personne n'y peut toucher ; il est même au-dessus de la loi devant laquelle, pourtant, tout et tous doivent s'incliner

Et ce qui constitue ainsi notre sauvegarde est souvent annihilé par nous-mêmes : des inconnus, des indifférents viennent nous demander : « Qu'a-t-il, celui-là ; qu'en pensez-vous ? — Des voisins, amis, relations ou parents du malade, à votre sortie de la malade, viennent aux renseignements auprès de vous, en tâchant d'avoir le plus de détails possible, et souvent le médecin parle...; il parle par inadvertance, par plaisir de faire la roue en étalant ses connaissances, par dépit de se voir supplanté par un confrère, souvent sans réfléchir, quelquefois par vantardise : il est fier, le jeune docteur, d'avoir été appelé chez tel industriel, dans telle autre maison cossue et en fait l'étalage (1).

A table, le soir, il fait part à sa femme des visites qu'il a faites, des succès et insuccès rencontrés; les enfants en rapportent des bribes à l'école ; les sujets sont au courant des diverses phases morbides et des diagnostics de tous les malades.

La dame, avec ses parents et amies, veut paraître la mieux informée de toutes, dit un mot compromettant, le retire, s'embarque dans des explications embrouillées dont elle sort en lâchant tout ce qu'elle sait. — Et voilà le mal fait : la nouvelle circule parmi le « vulgum pecus » : un tel à la syphilis, j'en tiens la nouvelle de son docteur ; tel autre est tuberculeux, l'analyse de ses crachats a été positive, etc., etc.

Et, devant toutes ces indiscrétions, qui sont de véritables abus de confiance, les malades prennent peur et vont, au loin, consulter un docteur qui ne les connaît pas, font préparer leurs potions et pilules par un pharmacien inconnu.

Hormis le cas de consultation, même entre médecins, aucune confidence, aucune divulgation ne *peut* être faite, même partielle, parce qu'il faut compter avec le hasard.

Le secret médical est et doit rester absolu. Ce qui se confie au médecin, comme tout ce dont il arrive à avoir connaissance, doit être enseveli si profondément dans sa mémoire qu'il l'oublie lui-même. Il faut que le praticien vraiment digne de ce nom puisse dédoubler sa personnalité : le confident de toutes ces misères, turpitudes, faiblesses, humaines en somme, et l'homme au milieu de toutes ces contingences de famille, d'amis et de relations.

Plus encore, son livre même doit être inviolable comme la pensée, parce que souvent il y inscrit des détails sur les soins donnés. Alors qu'il y en a tant qui font faire tenir leurs livres par leurs proches, un vénérable praticien, atteint d'une maladie mortelle, s'est levé, de nuit, pour brûler ses cahiers, afin d'ensevelir dans l'oubli les noms des malades qui avaient eu recours à lui.

Un autre de nos confrères, un député, a été condamné, naguère, pour refus de divulgation de ce qu'il considérait comme un secret professionnel : de tels hommes et de tels faits honorent notre profession : nous leur en rendrons hommage.

Ce secret professionnel est notre palladium et nous différencie de tous ceux qui, de près ou de loin, approchent de la médecine. C'est une sauvegarde pour la société qui doit trouver dans le médecin le confesseur du corps, et de l'absolue discrétion duquel il soit parfaitement certain.

C'est un peu aux jeunes et un peu aux vieux aussi que ce discours s'adresse, et souvent, dans le public, on a pu entendre dire de l'un ou de l'autre confrère : « Je ne voudrais pas de ce médecin-là, il parle trop de ses malades. »

Soyez discret et si on vous interroge, restez dans les banalités courantes ; ne prononcez pas le nom de la maladie ; envoyez ces indiscrets prendre des renseignements chez les intéressés. Ils vous en voudront peut-être d'abord, vous approuveront ensuite et viendront à vous pour eux-mêmes, sûrs qu'ils seront de votre loyale discrétion.

Le secret professionnel est absolu et il y a une tendance à l'oublier. Il faut réagir, et si nous avons le droit de ne rien dire en justice, nous avons d'autant plus le devoir de garder devers nous tous les secrets dont nous sommes les dépositaires et non les maîtres.

Il ne faut pas que le secret professionnel devienne le secret de polichinelle.

(*Belgique Médicale.*)

Dr H. DE KEGHEL

(1) Le médecin qui se laisse aller peu au prou à donner à des tiers des renseignements sur les malades qu'il a soignés commet une faute. On peut dire, d'une façon générale, que ceux qui se mettent ainsi dans leur tort sont rares et que la grande majorité sait se débarrasser adroitement des curieux ou des indiscrets, qui assaillent le praticien à la porte de tous ses clients, sans dévoiler la moindre parcelle de ce qu'elle a appris. N. D. L. R.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'article XII de la loi de 1898-1905.

Pour réserver les intérêts et les droits éventuels de leurs blessés, les médecins doivent veiller à ce qu'il soit toujours procédé à l'enquête prescrite par l'article 12, enquête à laquelle se refusent parfois certains juges de paix

Voici à ce sujet l'extrait d'une lettre qu'un député vient d'adresser au garde des Sceaux

Les assureurs veulent éviter les enquêtes parce qu'elles leurs coûtent de 9 à 18 fr., surtout parce qu'elles les gênent plus tard dans leurs arrangements clandestins avec des blessés isolés et peu au courant de leurs droits.

C'est ainsi qu'une Compagnie d'assurances

écrivait le 28 juin 1906 à un médecin de Saint-Etienne :

« M. le Docteur, pour ne pas nous créer d'em-« barras inutiles, vous voudrez bien ne pas « parler d'écrasement ou de section sur les cer-« tificats réservés à la mairie ».

Mais si certains médecins de Compagnie obéissent à ces ordres immoraux, par contre, les médecins indépendants faisaient leur devoir en indiquant qu'il y avait incapacité permanente lorsque cela leur *paraissait exact.*

Pour éviter que ces médecins indépendants leur créent des embarras inutiles (*lisez : ne rendent l'enquête obligatoire par leur certificat*), les assureurs ont souvent porté des plaintes contre ces médecins qui *affirmaient* l'incapacité. Sans doute ces plaintes se terminent toujours par un non-lieu. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a pour le médecin un préjudice matériel, causé par la perte de temps pour aller chez le juge d'instruction, et surtout un préjudice moral par le fait d'avoir été appelé comme inculpé (?) à l'instruction.

Aussi les médecins ne disent plus dans leurs certificats qu'il y a incapacité permanente, mais se rappelant le texte du § 2 de l'article 12, ils certifient qu'il *paraît y avoir* incapacité.

Or, il m'a été dit que les *juges de paix de Paris dans leur conférence, auraient décidé* (sans doute, sous l'habile suggestion des assureurs) de ne plus faire d'enquête lorsque le certificat médical constaterait seulement qu'il « *paraît y avoir* » une incapacité permanente.

La situation est donc la suivante pour le médecin et son blessé :

Si le médecin affirme qu'il y a incapacité, l'assureur dépose contre lui une plainte (à moins qu'il ne s'agisse d'un gros traumatisme),

Le médecin terrorisé, n'osant plus dire qu'il y a incapacité, dit « *il paraît y avoir* incapacité ». Dans ce cas, il est à l'abri de la plainte de l'assureur.

Mais, d'autre part, le juge de paix ne faisant plus l'enquête, l'assureur n'a plus les « embarras inutiles » dont il parle dans sa lettre citée ci-dessus, du 28 juin 1906, et le blessé perd les droits que lui confère la loi, car il lui devient très difficile, s'il survient une complication dans le délai de trois ans, de retrouver les témoins qui pourront établir qu'il s'agissait bien d'un accident du travail.

L'assureur « financier » a atteint son but.

Voici un cas particulier qui va illustrer notre démonstration : Un blessé est victime d'une grave contusion à la jambe. Comme nous le disions plus haut, le médecin, sachant qu'il peut provoquer l'enquête par application de l'article 12 de la loi-accident, en indiquant non pas *la certitude*, mais la *probabilité* de l'incapacité permanente, et sachant aussi qu'il évitera les ennuis d'être appelé à l'instruction, ce médecin, disje, indique la possibilité d'une incapacité permanente.

Or, le juge de paix refuse l'enquête. Le blessé et le médecin citent alors le patron, le premier en paiement de son demi-salaire, le second en paiement de ses honoraires.

A l'audience, on dépose les conclusions suivantes qui ont pour but de démontrer pourquoi le juge doit faire l'enquête.

Conclusions

Sur la nécessité d'une enquête pour établir qu'il s'agit d'un accident du travail.

Attendu que le § 2 de l'art. 12 est rédigé comme suit :

« Lorsque d'après le certificat médical....... la blessure *paraît devoir* entraîner la mort ou une incapacité permanente absolue ou partielle..... le juge de paix dans les vingt-quatre heures procède à une enquête. »

Attendu que les §§ 3 et 4 de l'art. 13 sont rédigés comme suit :

« § 3. — Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé. »

« § 4. — Il peut (le juge de paix) aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête. »

Attendu qu'il suffit de comparer en les opposant comme le fait le législateur les termes du § 3 : « Le juge de paix pourra *désigner un médecin* », avec les termes du § 4 « il peut aussi *commettre un expert* », pour être convaincu que le juge de paix ne peut pas désigner d'expert avant l'ouverture de l'enquête, et qu'avant cette ouverture de l'enquête, il ne peut que désigner un médecin pour avoir son avis lorsque le certificat médical est insuffisant ;

Attendu au reste que si le Garde des Sceaux dans sa circulaire du 10 juin 1889 dit au chapitre 3, § 3 :

« Dans le cas où il le jugerait insuffisant (le cer-« tificat médical) la loi l'autorise à désigner un « médecin qui procédera à un nouvel examen »,

Le Garde des sceaux ajoute :

« Le juge de paix n'usera qu'avec une grande « réserve de la faculté qui lui est laissée de faire « appel à un médecin. Le plus souvent l'exper-« tise n'aura aucune utilité, et il conviendra de « s'en tenir au certificat initial. La commission « d'un médecin ne sera vraiment nécessaire que « dans le cas où ce certificat n'aurait pas été « dressé. »

Attendu que le certificat médical déposé au Greffe de la Justice de paix pour le blessé V... se terminait ainsi :

« Cet accident entraînera une incapacité « temporaire de six semaines..... et probable- « ment *une incapacité permanente.* »

Attendu que ce libellé indiquait d'une façon parfaitement claire et suffisante, *la possibilité d'une incapacité permanente* qui pourrait se révéler avant l'expiration du délai de trois ans prévu pour une action en révision pour cause d'aggravation ; qu'il était par conséquent inutile de désigner un médecin pour avoir son avis, même sur requête d'une Compagnie ne s'appuyant sur aucun texte précis de la loi ; et que le Juge de paix ne pouvait pas désigner un expert, puisque l'enquête n'était pas ouverte, et qu'aux termes du § 4 de l'art. 13, l'expert ne peut être commis que si l'enquête est ouverte ;

Attendu que le certificat médical, du médecin traitant ci-dessus visé, entrait bien dans le cas prévu du § 2 de l'art. 12, prescrivant au juge de paix de faire une enquête « lorsque d'après le certificat médical la blessure *paraît devoir* entraîner une incapacité permanente » ;

Attendu qu'il ne saurait être prétendu pour s'opposer à cette enquête, qu'il existe un rapport d'expert :

1° Parce que cet expert n'a pu être régulièrement désigné ;

2° Parce que même si cette expertise eût été régulière et si l'expert avait conclu à la non-existence d'une incapacité permanente *actuelle*, l'expert *n'a pu et ne peut jamais affirmer qu'une incapacité permanente ne se produira pas un jour dans le délai de trois ans* pour le blessé V... ;

Que si l'avis de l'expert suffisait pour empêcher l'enquête, il en résulterait que *la volonté d'un seul expert pourrait arrêter toute la procédure qui garantit les droits futurs* du blessé ; que ce pouvoir souverain serait donné à un expert *dont le rapport ne pourrait être discuté devant aucun tribunal* (la demande d'ouverture de l'enquête ne donnant lieu à aucun débat public) ;

3° Parce qu'en face de l'opinion de l'expert qui nierait la possibilité de la survenance de l'incapacité permanente, il y a le certificat médical du médecin traitant qui en affirme la pro abilité, ou même la possibilité.

Sur la nécessité de faire l'enquête immédiatement après l'accident même dans les cas d'incapacité permanente douteuse :

Attendu que l'enquête est nécessaire même dans les cas douteux parce que les témoignages seront plus facilement recueillis au moment de l'accident que 2 ans après, s'il survenait une complication causant une incapacité permanente ;

Attendu que si cette incapacité permanente ne survenait que dans le délai de 35 mois, il serait très difficile pour ne pas dire impossible de retrouver les témoins de l'accident et d'obtenir d'eux des renseignements suffisamment précis ;

Attendu que si d'une part la circulaire du garde des sceaux du 10 juin 1899 dit au chapitre III, § 3 :

« Le juge de paix saisi d'une déclaration d'accident est tenu de procéder à une enquête. On ne saurait toutefois ne pas lui laisser une faculté d'appréciation. »

D'autre part, le garde des sceaux, enchaîné lui-même par le texte précis de l'art. 12, trace les limites étroites de cette faculté d'appréciation aux cas

« Où la déclaration lui aurait été transmise (au juge de paix) à tort, *soit que le certificat n'annonce qu'une incapacité temporaire,* soit que les renseignements « renfermés dans la déclaration « démontre que l'accident n'entraîne certaine- « ment pas l'application du risque profession- « nel. »

Et il ajoute :

« MAIS S'IL Y A UN DOUTE, *s'il n'est pas pé- « remptoirement démontré* que l'accident échappe « aux prévisions de la loi du 9 avril 1898, *le ma- « gistrat cantonal doit sans hésiter* se mettre à « l'œuvre. »

Attendu précisément que dans le cas particulier de V..., il s'agit d'un enfant de 14 ans, dont les gaines tendineuses du pied, dont l'articulation du pied a subi un choc *des plus graves* AINSI QUE LE PRÉCISE LE CERTIFICAT MÉDICAL qu'il se pourrait fort bien qu'il se produise soit une tuberculose des gaines soit une tumeur blanche de l'articulation, *bien qu'actuellement il n'y ait aucune incapacité permanente,* et qu'il est par suite impossible de dire honnêtement dans un certificat qu'il y a une incapacité permanente ;

Attendu que si ces complications graves se présentaient, V... aurait alors à établir les conditions dans lesquelles il a été blessé, afin de pouvoir toucher une rente pour incapacité permanente, et qu'il lui serait difficile dans deux ans et demi de retrouver les témoins de l'accident et d'en obtenir des déclarations précises.

Attendu qu'en s'opposant à l'enquête si prudemment prescrite par le législateur qui fut bien renseigné par les Syndicats médicaux, on porte à V... le plus grave préjudice.

Ajoutons que le juge qui, après toutes ces indications, refuserait l'enquête, pourrait être poursuivi pour déni de justice. Pour obtenir gain de cause, le blessé pourrait encore adresser au président du tribunal une lettre le priant de convoquer les parties, pour obtenir l'enquête refusée, par le juge de paix.

Si cette lettre demeure sans réponse, le blessé peut assigner directement son patron devant le tribunal, obligé de procéder à une enquête pour savoir s'il y a eu accident du travail.

Cette enquête terminée, le blessé peut demander ultérieurement l'assistance judiciaire.

Dr DIVERNERESSE.

CHRONIQUE SYNDICALE

Extrait du compte-rendu de la séance du Syndicat médical de la Dordogne.

Secret professionnel.

Le Dr Laroche expose que l'Administration des P. T. T. a réclamé d'un de ses malades un certificat énonçant la maladie dont il était atteint. Sur le refus opposé, elle a allégué que le Ministère du Travail demandait ces diagnostics pour faire une statistique de morbidité. Le Dr Laroche a répondu qu'il trouvait étonnant que le même Ministère du Travail qui a défendu aux Sociétés de Secours mutuels d'exiger le diagnostic de maladie pour leurs membres, vienne à son tour le réclamer pour une administion de l'Etat ;

Que l'administration des P. T. T. devait, plus qu'une autre, respecter le secret professionnel, puisqu'elle-même y était tenue ;

Que, s'il y était absolument obligé, pour ne pas nuire à son client, il mettrait un diagnostic sans aucune valeur médicale sur le certificat remis entre les mains de son client. Enfin que, si l'Administration se méfiait du médecin traitant, elle n'avait qu'à envoyer *à ses frais*, un de ses médecins assermentés, pour visiter, en présence du médecin traitant, le malade suspect.

En conséquence, l'Assemblée, après discussion, vote l'ordre du jour suivant :

« Le Syndicat médical de la Dordogne émet ce vœu que les Administrations, quelles qu'elles soient, n'exigent pas le diagnostic sur un certificat de maladie remis à un de leurs agents ; le Ministre du Travail l'a déjà interdit aux S. S. M. Dans le cas où l'Administration aurait des doutes sur la véracité du certificat, elle pourrait toujours faire contrôler la réalité de la maladie, et non le diagnostic, par un médecin à sa solde, en présence du médecin traitant.

« Le Syndicat transmet ce vœu à l'Union des Syndicats pour que cette question puisse être traitée à la prochaine Assemblée générale ».

Rapport du Dr Lachèze sur le tarif médico-chirurgical, présenté au Syndicat de la Dordogne au nom de la Commission de relèvement des honoraires.

A la séance du 26 mai 1913, le Syndicat médical de la Dordogne a adopté le vœu suivant :

« Pour éviter, en clientèle, toute contestation dans le règlement des honoraires qui seront dus à la suite d'une intervention opératoire, il est à souhaiter que le chirurgien présente une *note globale* comprenant l'opération, les visites et soins consécutifs, la rémunération des aides et du médecin traitant, et les indemnités de déplacement dues à ce dernier ou à lui-même. »

Après l'adoption de ce vœu, plusieurs confrères demandèrent que cette importante question fût réglée d'une façon précise, surtout en ce qui concernait les honoraires du médecin traitant. C'est dans ce but que nous avons entrepris ce travail.

S'il était nécessaire de justifier l'attribution d'honoraires spéciaux au médecin traitant à l'occasion de l'opération d'un de ses clients, nous rappellerions les lignes suivantes qui définissent éloquemment le rôle du médecin de la famille avant, pendant et après l'opération :

« Qui soupçonne en temps et pose même, peut-être formellement, ce diagnostic précoce, dont dépendent la possibilité et l'utilité de l'opération ? Qui prépare le patient à cette perspective ? Qui triomphe des résistances opposées à l'appel redouté du chirurgien ? Qui encouragea le malade pendant les heures d'appréhension et l'amena, résigné et convaincu, sous les vapeurs du chloroforme ? Qui raffermit l'entourage pour la bonne direction des soins ? Le médecin traitant, le médecin de famille. Et qui va reprendre ensuite la grosse responsabilité du traitement consécutif pour supporter seul la charge si le mal a vaincu la science, et ne bénéficier, en cas contraire, que d'un petit rayon de la gloire acquise par le chirurgien ? C'est lui, toujours lui.

« Dès lors, soyons justes. Honorons le général comme il doit être honoré, mais faisons aussi une large part à son chef d'état-major, même s'il n'a pas fait le coup de feu pendant l'action. » (1).

Pour remplir ce rôle comme il convient, pour être en réalité comme « l'ange gardien » de son malade, le médecin ne doit pas le quitter au moment critique, et c'est la raison pour laquelle nous estimons que sa présence à l'opération est indispensable, sauf les cas d'urgence ou d'impossibilité matérielle. C'est aussi pour cela que le chirurgien doit faire comprendre à la famille l'importance de cette présence et l'obtenir, autant que possible. Pour ces motifs, enfin, nous estimons que le médecin traitant n'aura droit à ces honoraires spéciaux que s'il est présent à l'opération.

Nous tenons, en outre, à faire la distinction entre la présence du médecin traitant à l'opération et la collaboration qu'il est susceptible d'apporter, comme aide du chirurgien, en participant à l'intervention. En d'autres termes, le

(1) Agenda du Concours Médical. — Edition 1914, page 59.

médecin traitant, quoique présent à l'acte opératoire, n'est pas obligatoirement l'un des aides. La situation de la famille, les préférences du malade, les habitudes du chirurgien peuvent faire qu'il en soit autrement. On voit donc que l'allocation des aides est distincte de celle du médecin traitant et, par suite, si ce dernier participe à l'opération, il est légitime qu'il reçoive de plus, à titre d'aide, l'indemnité réservée à l'assistance qu'il aura prêtée.

Il est encore un point sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est celui de l'indemnité kilométrique due au chirurgien opérant au domicile du malade ou au médecin traitant qui a quitté sa résidence pour accompagner son client là où il doit être opéré. Dans les deux cas, une allocation spéciale doit être prévue pour couvrir les frais de voyage et indemniser de la perte de temps subie, qui est souvent considérable. Dans la première alternative, l'indemnité est perçue par le chirurgien ; dans la seconde, par le médecin traitant ; mais l'un et l'autre, dans certains cas, peuvent y avoir droit.

Après avoir consulté les documents concernant le sujet qui nous occupe et demandé leur avis à de nombreux confrères, spécialement à ceux des nôtres qui s'adonnent à la chirurgie et qui en ont délibéré en commun à Périgueux, malgré la difficulté de trouver des formules rigoureuses et susceptibles de s'appliquer à tous les cas, nous soumettons à la discussion du Syndicat les propositions suivantes :

I. — Conformément au vœu émis le 26 avril 1913, le chirurgien présentera une note globale *comprenant :*

a) L'opération, ses visites et soins consécutifs ;
b) Les honoraires du médecin traitant ;
c) Les honoraires des aides ;
d) Les indemnités de déplacement dues au chirurgien ou au médecin traitant.

II. — Les honoraires du médecin traitant sont fixés à un chiffre qui pourra varier de 15 à 20 % *du montant de la somme réclamée par le chirurgien pour l'intervention seule.*

III. — Le médecin traitant n'aura droit à cette somme que s'il est présent à l'opération ; s'il participe à celle-ci, il sera, de plus, payé comme aide par le chirurgien. De toutes façons, les honoraires du médecin traitant seront supérieurs à ceux d'un aide ordinaire.

IV. — L'indemnité de déplacement due soit au chirurgien, soit au médecin traitant sera calculée à raison de 0 fr. 75 par kilomètre parcouru à l'aller.

V. — La rémunération des aides sera faite par la famille le jour même de l'opération.

D'après les conventions précédentes, voici, par exemple, comment pourrait s'établir une note globale d'honoraires :

a) Chirurgien. Opération	200 fr.
Visites et soins consécutifs...........	50 »
b) Médecin traitant. 20 % sur 200 ...	40 »
Chloroforme	40 »
c) Deuxième aide	50 »
d) Indemnité éventuelle de déplacement	20 »
Total....................	400 fr.

Telles sont les bases équitables qui nous paraissent devoir régir le règlement des honoraires médico-chirurgicaux. En sauvegardant les intérêts du médecin traitant, le chirurgien, dont la tâche est souvent délicate en pareille matière, défend aussi ses propres intérêts : tout le monde gagne à ce que cette question des honoraires soit réglée au grand jour, chacun étant rémunéré suivant sa peine, son mérite et sa responsabilité, et la famille, mise au courant de la façon dont se décompose la note, en acceptera plus volontiers le montant. Les dispositions précédentes ont d'ailleurs une élasticité suffisante pour leur permettre de s'appliquer aux diverses situations de la pratique : elles seront mises en œuvre avec l'opportunité, le tact et la loyale courtoisie que se doivent entre eux des confrères qui se respectent.

Extrait du compte rendu de la séance du Syndicat de l'arrondissement d'Aurillac du 13 novembre 1913.

Il y a lieu de noter que tous les médecins exerçant l'art de la médecine, dans l'arrondissement d'Aurillac, font partie du Syndicat.

L'ordre du jour appelle quelques questions déontologiques et notamment la conduite à tenir vis-à-vis d'un malade en cours de traitement et du confrère traitant, quand on est appelé à son insu.

Tous les membres du Syndicat s'accordent à réprouver cette façon d'appeler en cachette un médecin à l'insu du confrère traitant ; et l'on propose d'établir sur le champ quelques règles déontoloqiques, propres à sauvegarder les intérêts du malade, la dignité et la bonne confraternité du corps médical.

ART. Ier

Le confrère appelé près d'un malade en cours de traitement, dans toute localité, peut parer aux symptômes immédiats. Mais il est de bonne confraternité de ne revenir qu'en présence du médecin traitant ; la famille est prévenue de cette intention.

ART. II.

Un confrère n'étant plus « persona grata », la famille fait appel aux lumières d'un autre médecin. Dans ce cas, elle doit remercier le pre-

mier, lui faire part de son intention en acquittant le montant de ses honoraires. Le confrère en faveur prévient la famille de ce devoir et déclare en outre qu'il ne pourrait revenir si cet usage n'était point sauvegardé.

ART. III.

Dans la clientèle de campagne, le médecin, appelé en second lieu, peut l'être à nouveau à l'insu de son confrère ; pour prévenir toute erreur ou malentendu, il ne reviendra que sur appel direct de ce confrère et la famille sera prévenue de cette décision.

ART. IV.

Ces règles ne s'appliquent pas aux consultations données dans le cabinet du praticien.

ART. V.

Un confrère manquerait-il habituellement à ces règles déontologiques, le plaignant devrait en faire la preuve au bureau du syndicat et celui-ci, après enquête affirmative, pourrait prendre une décision :

1° Avertissement ; 2° mise à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale ; 3° en cas de récidive, l'exclusion définitive du syndicat pourrait être prononcée par l'assemblée générale.

Les confrères qui n'assistaient point à l'assemblée générale du 13 novembre 1913 sont priés de donner leurs adhésions à ces règles déontologiques.

S'ils ne font part d'aucune observation, leur silence sera considéré comme une acceptation.

A propos du Tarif Dubief.

(Accidents du travail).

Le syndicat médical de l'arrondissement d'Aurillac, réuni en Assemblée générale le 13 novembre 1913, prie la commission de revision du tarif Dubief d'y apporter les modifications suivantes :

Considérant qu'il est absolument injuste de ne payer les déplacements médicaux que « des limites de la commune de la résidence du médecin à la mairie de la commune où est traité le blessé » ;

Que cette injustice est surtout flagrante dans le pays de montagnes comme le nôtre où les déplacements sont particulièrement pénibles et onéreux ;

Que d'autre part dans la région, les territoires des communes sont très étendus et les bourgs (dans les hautes vallées) situés à la partie basse de la commune ;

Que par exemple la commune d'Arpajon (Cantal) 2.600 habitants, a son chef-lieu à 800 mètres d'une extrémité de la commune et à 9 kilomètres au moins des derniers villages ;

Que cet exemple est loin d'être unique ;

Il serait juste que le médecin soit, comme pour les expertises judiciaires, payé d'après un tarif calculant la distance réellement parcourue de la résidence du médecin à la résidence du blessé.

D'autre part, considérant que le tarif d'indemnité kilométrique ne représente pas les frais occasionnés en montagne au médecin traitant, le syndical médical demande que ce tarif soit porté à soixante centimes comptés à l'aller et au retour.

De plus le syndicat fait remarquer que le prix de la visite ou consultation est en clientèle ordinaire supérieur à deux francs ; il demande donc que le prix de la visite, soit pour le tarif Dubief, porté de 1 fr. 50 à 2 fr.

Une demande conforme à cette délibération a été envoyée au Ministre du commerce, pour être remise à la commission de revision du tarif Dubief.

A propos des nourrissons.

Le syndicat médical demande que les parents nourriciers soient bien assurés qu'ils ont le libre choix du médecin. Quand il s'agit de la santé des enfants qui leur sont confiés ils peuvent recourir aux bons soins du médecin de leur choix.

Cette liberté qui est la leur devrait être mentionnée dans le livret qui est délivré.

Une copie de cette délibération et de ce vœu a été envoyée à M. le Préfet.

Le docteur Cazals rend compte de ce qui s'est passé au conseil général, au mois d'avril, en ce qui concerne la question médicale.

Le syndicat le remercie d'avoir défendu les intérêts de ses confrères et le prie d'insister de nouveau sur les deux points suivants :

1° Les nourriciers des enfants assistés auront *pratiquement* toute liberté pour appeler le médecin de leur choix, conformément à la délibération prise par le syndicat.

2° Les circonscriptions de vaccination et de protection des enfants assistés seront réparties avec justice et équité, en dehors de tout intérêt politique, conformément à une déclaration antérieure du conseil général.

L'AUTOMOBILISME PRATIQUE

La Moto-Voiture.

Il y a deux façons de concevoir la construction d'une voiturette automobile : soit fabriquer une réduction de la grosse voiture, soit supprimer radicalement tous les organes dont l'utilité est contestable.

Le passé semble avoir donné raison aux partisans de la réduction à l'échelle, mais il est permis de penser et de dire que la deuxième solution est plus logique.

Transporter une ou deux personnes à une allure modérée est un problème tout différent de

celui de lancer sur la route une masse pesant deux tonnes et plus, à une allure de bolide. La voiturette de travail doit être une image grossie et modifiée du motocycle et non une copie servile de la voiture.

C'est pourquoi, en lisant, dans le *Concours médical*, les articles écrits sur la moto-voiture par les clients enthousiastes de M. Gauthier, je me proposais d'aller à Blois, à la première occasion, faire connaissance avec ce petit véhicule si intéressant par sa conception simple et originale.

J'avais déjà examiné et même possédé des petites voiturettes sortant du type classique, et je m'étais naïvement imaginé que moins une voiture comprenait d'organes, plus il devait être facile de soigner la construction de ceux-ci.

Quelle erreur était la mienne ! C'est presque toujours le contraire qui s'est produit ; de là l'échec de beaucoup de tentatives ; elles auraient eu un meilleur sort si une conception défendable avait été servie par une construction irréprochable.

Mais il n'y a pas de règle sans exceptions, et la Moto-Voiture en est une.

J'ai été d'autant plus content de le constater que j'ai trouvé en M. Gauthier un sérieux défenseur de communes idées, je compte sur lui pour les faire triompher.

« Mon but, m'a-t-il dit, n'est pas de concurrencer la voiturette ; toutefois, j'en construis puisqu'en voici une » ; et il me montra alors un petit châssis 4 cylindres du type classique, sauf les suspensions.« J'ai baptisé mon engin du nom barbare de Moto-Voiture pour indiquer clairement que je ne le considère pas comme une voiturette. Je l'ai fabriqué pour des besoins spéciaux, il a de la moto la simplicité, et de la voiture le confort et la stabilité.

« Avec la collaboration incessante de mes clients, des médecins pour la plupart, j'approche de plus en plus du but que je me suis tracé :

1° Obtenir un maximum de rendement avec un minimum de force ;

2° Obtenir un maximum de solidité et de confort avec un minimum de poids ;

3° Obtenir un maximum de logement utile avec un minimum d'encombrement. »

Avant de raconter brièvement mes visites à l'usine et pour vous éviter de lire ma prose plus avant, voici déjà la conclusion de mon article : La Moto-Voiture est construite avec le même soin que n'importe quelle voiture de grande marque.

En franchissant pour la première fois, le pont de la Loire, à Blois, je craignais d'avoir une désillusion de plus ; je ne faisais certes pas fi des opinions motivées des heureux possesseurs d'autofauteuils, mais j'ai connu tant d'automobilistes tirant parti de voitures médiocres et combien d'autres massacrant sans pitié d'excellents serviteurs ! Et puis, Saint-Thomas est mon patron.

J'arrivai, bien entendu, à l'improviste, et après avoir causé quelques minutes avec M. Gauthier et visité rapidement les ateliers, je ne pus refuser de faire un essai sur les bords de la Loire.

On sortit un châssis nu, malgré la rigueur de la température, et le mécanicien ne voulut pas me faire grâce du kilomètre en palier à la minute, du passage en vitesse sur les mauvais pavés et sur les saignées des bas-côtés, du virage sur la route en montant sur les trottoirs. M. Gauthier tenait à me confirmer ce que je savais déjà et à m'épater avec sa suspension. Mon étonnement est plutôt de voir continuer l'emploi sur des automobiles, des ressorts surannés empruntés à nos vieilles pataches. Ceci se passait au commencement de 1913.

A mon retour à Paris, j'eus un petit entretien avec le regretté Dr Jeanne ; aucun sujet intéressant le *Concours* ne le laissait indifférent et il voulut connaître personnellement le résultat de ma visite à Blois. Je lui dis alors qu'à mon avis l'affaire était sérieuse et la fabrication recommandable. Il m'a semblé que sa physionomie était encore plus souriante que d'habitude. Sans doute, cela l'eût contrarié que je ne fus pas de son avis ; il avait lu les articles de ses confrères et son opinion déjà était toute faite.

Pour clore une récente polémique, il fut décidé que je retournerais à Blois voir l'usine pour examiner attentivement tous les détails de la construction de l'Auto-Fauteuil et répondre si possible à l'argument habituel : la voiture marche, c'est entendu, mais elle n'a pas fait ses preuves et on ne peut pas savoir si elle durera.

Les organes mécaniques de la Moto-Voiture sont réduits au strict nécessaire et parmi eux, comme dans toute autre automobile, il y en a beaucoup qui s'usent d'une quantité négligeable : le châssis, les commandes, la tuyauterie, les réservoirs, les rayons et jantes des roues, le carburateur, etc.

Disséquons maintenant le reste du véhicule.

Magnéto. — Sa marque ne flatte pas notre amour-propre national, certes, mais de l'avis général, elle est la meilleure. Faisons taire nos sentiments patriotiques et remarquons qu'elle est entraînée directement par l'arbre du moteur ; c'est un excellent montage.

Moyeux des roues. — A chaque roue, les roulements sont doubles et chacun d'eux est à double rangée de billes ; on ne fait pas mieux chez le voisin.

Direction. — Elle est du type classique à crémaillère en acier cémenté et rectifié après la trempe. La voiturette tenant très bien la route, il est inutile de remuer continuellement le volant ; donc minimum d'usure.

Suspension. — Les ressorts à boudin fournis-

sent un sérieux travail afin d'absorber tous les chocs ; et, en supposant qu'ils se fatiguent à la longue et perdent une partie de leur élasticité, il est facile de les régler. Dans cette voiture, pour avoir une suspension plus ou moins douce, il suffit de visser ou de dévisser un chapeau. Le remplacement d'un ressort, dépense minime d'ailleurs, s'exécute aussi facilement que le réglage, en quelques minutes.

Sans avoir les avantages réels de la suspension Gauthier, dans les autres systèmes on use les boulons, les jumelles, on rebande les lames pour leur redonner de la flèche, et, quand elles cassent, on les change, ce qui arrive souvent.

Roue de chaîne. — Elle est construite par un de nos meilleurs spécialistes et elle ne s'use certainement pas plus que dans les autres petites voitures à chaîne ; or, il y a encore en circulation des Panhard de petite force qui roulent depuis une dizaine d'années et plus, sans qu'on ait eu besoin de changer les grands pignons.

Changement de vitesse. — Les pignons, toujours en prise, ne travaillent qu'en petite vitesse ; or, celle-ci est peu utilisée. Les systèmes épicycloïdaux n'ont pas toujours, reconnaisssons-le, donné satisfaction ; leur inconvénient réside dans le fait que les satellites tournent très vite. On a voulu les employer sur des véhicules nécessitant une boîte à 3 et même à 4 vitesses, la grande servant moins souvent que la petite ; or, cette dernière doit être une vitesse de démarrage et de secours, rien de plus.

Chaîne. — C'est certainement la pièce qui s'use le plus dans la Moto-Voiture, et si j'ose risquer ce paradoxe, je dirai que c'est un avantage, la chaîne encaisse tous les chocs et en préserve ainsi les autres organes. Elle a des défenseurs acharnés parmi ceux à qui la mode en a imposé la suppression. Son prix est modique et son remplacement des plus faciles ; pour éviter qu'elle ne reçoive la poussière et la boue de la route, elle est soigneusement entourée d'un carter.

Moteur. — C'est un monocylindrique un peu plus perfectionné que ses devanciers d'autres marques ; or, ceux-ci ont fourni, et fournissent encore, un travail régulier et très satisfaisant.

La construction de ce monocylindrique 84 X 120 est soignée dans tous ses détails. Le piston avec segments Lehmann est excessivement léger ; la bielle est en acier chromé ; le pignon de distribution est à l'intérieur du carter formant une seule pièce avec son arbre ; les poussoirs des soupapes sont réglables, etc., etc. Il est, comme nous disons, fignolé. Dans l'état actuel de la construction mécanique, j'estime qu'on ne peut pas faire mieux.

Après avoir remarqué que les tôles du torpedo étaient soudées entre elles à l'autogène et que pour 1914, M. Gauthier avait fait une nouvelle carrosserie donnant à la fois plus de confort aux voyageurs et surtout plus d'accessibilité au moteur, j'ai été faire un assez long essai sur la route.

Je m'excuse d'en faire ici un bref compte-rendu pour ceux qui n'ont pas lu les intéressantes communications de leurs confrères dans le *Concours médical.*

J'avais dûment prévenu M. Gauthier de ma visite, mais ma lettre ayant été adressée à un de ses nombreux homonymes, j'ai donc essayé une voiture quelconque sans préparation aucune ; elle était du type de série avec capote et pare-brise, celui-ci relevé au vent. Le mécanicien, poids plume, et moi, poids lourd, nous faisions une juste moyenne,

Avec la multiplication 9 × 40 nous avons obtenu les résultats suivants : sur le palier, chronomètre en main, en prise directe et sans débrayer, notre vitesse a varié de 9 km. à 54 km. En jouant de la pédale, le mécanicien aurait pu abaisser légèrement la vitesse minima et en baissant le pare-brise, augmenter sensiblement la vitesse maxima.

Mais l'écart de 9 à 54 est la preuve suffisante qu'une voiture avec un moteur monocylindrique, judicieusement construit et employé, peut avoir la souplesse d'une « quatre-cylindres ». Qui mieux est, et il faut insister sur ce point, le résultat n'est pas obtenu en surchargeant le moteur d'un énorme volant. Extérieurement, il n'y en a pas, et l'intérieur du carter ne peut guère contenir plus de 20 kilos de fonte.

A 9 kilomètres à l'heure, en prise directe, le moteur se défendait parfaitement et ne secouait pas la voiture. Pour mettre en garde le mécanicien contre le réflexe qui aurait pu le faire appuyer sur la pédale afin de soulager le moteur en laissant patiner l'embrayage, je l'avais prié de poser ses pieds sur le plancher : de cette façon j'étais sûr que l'embrayage restait collé à bloc.

Après ce petit exercice, au cours duquel j'ai constaté, à nouveau, l'excellente tenue de la voiture sur route défoncée à grande allure, nous avons fait un essai de reprise dans le milieu d'une rampe de 4 à 5 % : arrêt absolu, démarrage en petite, lâchage de la pédale pour mettre en prise directe, tout cela a été exécuté en quelques mètres, et sans douleur.

Pour me rendre compte du rendement, j'ai demandé au mécanicien de me faire monter une côte assez longue avec départ arrêté en bas.

Il en a choisi une, ayant une pente de 6 %, atteignant 7 % dans un des tournants.

Après avoir décrit plusieurs cercles sur la chaussée de 6 mètres de large environ, sans monter sur les trottoirs (luxe qu'on peut d'ailleurs se permettre avec les suspensions Gauthier, sans aucun danger pour le mécanisme), nous avons escaladé la rampe en prise directe facilement ; faute de bornes bien visibles, je n'ai pu mesurer exacte-

ment la vitesse. A la cadence du moteur, je l'ai évaluée à 30 kilomètres environ.

Je remets donc ma conclusion, à sa place : la conception de la moto-voiture est bonne, la preuve pratique en est faite, puisqu'elle marche à l'entière satisfaction de ceux qui s'en servent. De plus, comme sa construction est soignée, elle durera.

HEP,
Conseiller technique du Concours Médical.

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

Le directeur du *Concours médical*, le docteur Jeanne, est mort subitement le 7 janvier.

Cette brusque disparition est une grande perte non seulement pour le *Concours médical* mais pour tout le corps des médecins praticiens aux intérêts et à la dignité desquels il avait consacré son existence.

Le rôle du Dr Jeanne restera gravé en caractères ineffaçables dans l'histoire du Syndicalisme médical. C'est grâce à sa compétence, à son énergie, à son travail et à sa ténacité que le corps médical a pu défendre ses droits dans la lutte contre les mutualités envahissantes, obtenir le principe du tarif à la visite et le principe du libre choix. Son nom restera attaché, par le tarif Jeanne, au relèvement de nos honoraires. Debout sur la brèche, notre bien vaillant confrère a prodigué à la famille médicale qu'il rêvait toujours plus unie et plus complète les preuves d'un dévouement, d'une bienveillance, sans bornes.

Que nos confrères du *Concours médical* veuillent bien agréer ici nos condoléances et l'hommage de nos regrets.

(*Le Home Médical*).



Le Dr Jeanne, directeur du *Concours médical* vient de mourir. Nous n'avons pas à rappeler ici ce qu'il fut et quelle fut son œuvre. L'influence du *Concours médical* sur l'évolution des conceptions et de l'organisation des médecins est trop connue pour que nous y insistions. Jeanne avait une vision excessivement nette et claire de l'évolution fatale de la profession médicale et de l'action que les transformations économiques et sociales actuelles allaient exercer sur la situation des médecins.

Un des premiers, dans le corps médical déchaîné contre nous par quelques adversaires mal éclairés ou inconscients, il comprit le rôle, la position et la nécessité de notre journal la *Médecine sociale* et de nos organisations d'entente avec la classe ouvrière.

Et s'il ne fut pas des nôtres, ce fut toujours avec un intérêt où la sympathie ne faisait pas défaut qu'il suivit notre œuvre et notre action.

Parmi les médecins, Jeanne fut un homme et une conscience. Sa mort est une grande perte non seulement pour sa famille et ses amis, mais aussi pour l'ensemble du corps médical.

(*La Médecine sociale.*)



Notre numéro de janvier était sous presse lorsque nous avons appris la mort subite du Directeur du *Concours médical*. Aussi, à notre grand regret, n'avons-nous pu plus tôt apporter un dernier hommage à sa mémoire.

Syndicaliste convaincu, ardent défenseur des intérêts du corps médical, Jeanne fut constamment sur la brèche. Ami sûr, dévoué, plein de clairvoyance, ses avis et ses conseils étaient recherchés et écoutés, car sa grande expérience des choses médicales était connue de tous.

C'était en outre un grand cœur et nous savons que bien souvent, tout en reprochant à des confrères malheureux de n'avoir pas été prévoyants en négligeant de faire partie des Caisses de secours du corps médical français, il n'hésitait pas, avec beaucoup de tact et de discrétion, à ouvrir sa bourse pour venir en aide à une infortune imméritée.

Nous saluons cette grande figure, cet homme de bien, cet ami dévoué.

Suivons son exemple, ce sera le meilleur moyen d'honorer sa mémoire.

Docteur BAGARRY,
(*Petite gaz. des sc. méd. de Marseille.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Nécrologie.** — Nous avons le profond regret d'enregistrer la mort, à l'âge de 40 ans, de notre excellent confrère et ami, le Dr Ch. ESMONET, Secrétaire Général du *Progrès Médical*, qui vient de succomber prématurément à la suite d'une longue et douloureuse maladie, au cours de laquelle son énergie et son courage ne se démentirent pas un seul instant.

Médecin-consultant à Châtel-Guyon, Esmonet s'était spécialisé dans les maladies du tube digestif, et il avait poursuivi, seul ou en collaboration avec le professeur agrégé Loeper, de très intéressantes recherches sur la physio-pathologie de cet organe. D'une culture générale très étendue, d'une très grande érudition, il maniait la plume avec une aisance et une originalité de style des plus saisissantes. Il a donné dans le *Progrès Médical* des Bulletins sur des sujets médico-philosophiques ou médico-historiques qui sont des modèles du genre et qui révèlent en lui le parfait journaliste.

Nous prions sa famille et la rédaction du *Progrès Médical* d'accepter l'assurance de notre vive sympathie et de nos regrets.

G. D.

Æsculape. — Grande Revue mensuelle illustrée, 21, rue des Ecoles, Paris. Le N° : 1 fr. (Etranger : 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste). Abonn. : 12 fr. (Etranger : 15 fr.)

Sommaire du n° de décembre 1913.

Le Serpent d'Epidaure, attribut du service de santé militaire (22 illustr.), par le Dr Bailby, méd.-maj. de 1re cl. — Le serpent d'Epidaure, surmonté du miroir de la prudence est l'attribut du médecin militaire. Le culte d'Esculape à Epidaure ; le serpent à grosses joues ; sa venue mystérieuse d'Epidaure à Rome symbolise la transmission de la médecine grecque ; Machaon et Podalire, médecins de l'armée des Grecs devant Troie.

Les Centenaires (5 illustr.), par la Doctoresse Yves-Roy. — L'homme doit tendre à augmenter la durée de sa vie. Comment y parvenir. Quelques centenaires ; leur esprit, leur âme.

A propos d'une gravure médicale anglaise (1 illustr). — Souvenir humoristique de la visite de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris à l'Ecole de médecine tropicale de Londres, — dû à la plume d'un confrère anglais.

Le chien qui parle, de Mannheim (8 illustr.), par E. Duchatel, vice-président de la Soc. d'Etudes psychiques — Le temps est revenu où les bêtes parlent ; le chien Rolf, sa manière de répondre, de questionner, de lire, de calculer ; un horizon nouveau s'ouvre pour la psychologie animale ; aucune supercherie n'est possible ici.

Les Barbares (11 illustr.), par le Dr Brunon, direct. de l'Ecole de Méd. de Rouen. — Le vieux Naples, sa beauté, son pittoresque, sa malpropreté, les ruines de la voluptueuse Pœstum ; au pays de la fièvre et de l'incurie. Retour par la Suisse : ordre, propreté, hygiène. Appel aux néo-latins pour qu'ils cessent d'être les Barbares modernes.

Les Médecins de Pascal : II. *Médications* ; III. *Consultations* (9 illustr.), par le Dr Just-Navarre. — Au chevet de Pascal mourant ; les remèdes qu'il prit ; leur résultat ; le vin d'antimoine ne fut donné qu'en désespoir de cause ; Pascal n'a pas été empoisonné par l'antimoine, il est mort d'accidents encéphalo-méningés tuberculeux.

Le Culte de la Beauté (simili-gravure hors-texte), de G. de Tromelin.

SUPPLEMENT. — La folie de Nietzche. — Le végétarisme et la vie intellectuelle et morale. — Soignons nos huîtres. — La soupe aux hannetons. — La foire aux cheveux de Limoges. — Chats sans queue. — Le feu au derrière. — L'injure sans coups est indigne. — Le poète Dryden prévit la mort de son fils. — La légion étrangère. — La gomme copal. — Disparition des négritos. — Un Anglais compte les baisers donnés à sa femme. — Un médecin wurtembergeois avec Napoléon en Russie. — Les « Anges gardiens » à Rome. — Le roi de Bavière porte une balle dans ses flancs. — L'amour des bêtes. — L'intelligence des perdrix. —Les escholiers au temps de Villon.

— Honoraires comparés.— L'art médical. L'art vétérinaire. — Nous extrayons de la *Gazette médicale de Paris* les lignes suivantes, que nous soumettons aux réflexions de nos confrères :

Les quatre accouchements d'une chienne. — Il y a quelques mois, la maîtresse d'une jolie petite chienne faisait appeler, à neuf heures du soir, le vétérinaire. L'homme de l'art explore la bête, la trouve en travail, veut l'aider, et la tête d'un des petits lui reste entre les mains. Aussitôt il prescrit une ordonnance et s'en va.

La dame, inquiète, fait appeler un autre praticien qui aussitôt enlève le reste du premier petit chien. Il revient le lendemain matin et enlève un deuxième petit.

Le soir, il enlève un troisième petit ; le surlendemain, quelques débris. Enfin, le troisième jour, il s'aperçoit qu'il y a un quatrième petit et l'arrache avec les fers, ainsi qu'il l'avait fait pour les autres. La pauvre bête meurt comme étaient morts tous ses petits. Peu de jours après, la note arrive, note sur laquelle il est compté *quatre accouchements.* Refus de payer. D'où procès.

L'expert commis, un professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, conclut que, la chienne étant dans un état d'infection très avancée, le praticien avait agi avec la plus rigoureuse prudence en espaçant les accouchements et les visites, et que partant, la note des honoraires était normale.

Devant le tribunal, la propriétaire de l'animal soutint qu'on ne pouvait cependant pas faire payer *quatre accouchements* pour *une seule accouchée*, mais un seul accouchement au prix fixé par le Syndicat des vétérinaires de la Seine, soit cinquante francs; mais le tribunal de paix du VIIIe arrondissement n'accepta pas cette façon de voir, et par un jugement, il la condamnait au paiement intégral des honoraires réclamés, c'est-à-dire 172 fr. 50 pour quarante-huit heures de soins à une petite chienne bull, en mal de petits.

Une simple comparaison :

Dans la Charente, l'accouchement laborieux (forceps, version, délivrance artificielle) nous est tarifé : 25 fr.

Dans le Tarn, un accouchement, dans les mêmes conditions, nous donne droit à 20 fr. Il s'agit de l'A. M. G.

Dans la clientèle rurale aisée, avons-nous souvent reçu « 172 fr. 50 » pour 48 heures de soins, à une de nos parturientes ?

—V. E. M. 1913. — Le Treizième Voyage d'études médicales aux Stations Hydrominérales et Climatiques de France aura lieu du 25 août au 6 septembre 1913 sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les Stations du Sud-Ouest de la France visitées dans l'ordre suivant :

Arcachon, Dax, Biarritz, Hendaye, Cambo, Salies-de-Béarn, Pau, Saint-Christau, Eaux-Chaudes, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre, Capvern, Barbazan, Siradan, Bagnères-de-Luchon.

Pour tous les renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, et au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

— Un voyage de vacances en Espagne. — Désireux de bénéficier pour eux et pour leur famille des avantages du voyage en commun, un groupe de médecins organise pour les fêtes de Pâques un voyage de douze jours en Espagne. L'itinéraire comprend : Hendaye, Miranda-de-Ebro, Burgos, Miraflores, Madrid, Tolède, l'Escurial, Saragosse, Barcelone, Paris.

Le nombre des inscriptions est limité.

Pour tous renseignements, écrire en joignant un timbre au Docteur,   10, rue d'Alger, Paris.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 11 Dimanche 15 Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A propos des médecins étrangers en France. — Comment l'Etat français protège les droits du diplôme qu'il confère ? — L'histoire étrange du diplôme de la Faculté libre de Beyrouth.

Nous ne saurions être ici xénophobes. Nous comprenons que la France, qui a hérité de Rome et de la Grèce, se doit à sa réputation d'éducatrice du monde. Tous les bons Français doivent s'efforcer de conserver à notre pays sa suprématie morale. Et si nous ne pouvons être les premiers par la force brutale, par l'industrie et le commerce, tâchons de marcher à la tête de la civilisation, de conserver et de défendre notre rang intellectuel et moral.

Aussi approuvons-nous ceux qui s'efforcent actuellement de laisser ouverte aux étudiants étrangers la porte de l'internat des hôpitaux de Paris. Il suffirait d'ajouter à chaque place conquise au concours par un étranger, une place supplémentaire donnée à un Français, pour qu'il n'y ait plus de protestation.

C'est que l'internat est à Paris, comme partout ailleurs, la meilleure école de pratique de l'étudiant en médecine en fin de scolarité. Nous avons déjà démontré que cette école pourrait être ouverte à tous les jeunes médecins, si les administrateurs de notre enseignement supérieur avaient l'intelligence d'utiliser les richesses hospitalières de toutes les villes de France ; nous avons établi les bénéfices qu'en retireraient à la fois les malades, les futurs praticiens, et les médecins et chirurgiens de nos hôpitaux, surtout en province. L'internat est bien cet apprentissage clinique dans l'hôpital, centre d'enseignement, que nous ne cesserons de réclamer pour le bien public. L'internat est pour les étrangers une école qu'ils ne trouveront nulle part ailleurs. Si l'Allemagne a ses laboratoires plus richement dotés, mieux outillés que les nôtres, nous avons, nous, nos hôpitaux plus librement accessibles, nos malades plus dociles, nos chefs de services hospitaliers plus familiers, plus complaisants, toujours prêts à livrer gracieusement à leurs élèves le fruit de leurs études et de leur expérience. En outre, la vie en commun des internes, avec ses discussions passionnées, ses échanges de vues, parfois paradoxales, ses querelles même,

font de la salle de garde un centre d'enseignement mutuel qui laisse dans l'esprit des jeunes gens qui l'ont fréquentée une empreinte ineffaçable. Et les étrangers de distinction qui ont mené pendant quelques années cette existence d'hôpital à la fois laborieuse et gaie, n'en perdent jamais le souvenir. Dans quelque pays qu'ils se rendent, quelque situation qu'ils occupent, ils restent marqués du sceau de la France. Nous en avons connu, nous en connaissons encore, qui, en Orient, ou en Amérique latine, devenus des maîtres localement célèbres, sont restés nôtres de cœur et considèrent toujours la France comme leur seconde patrie.

Qu'avons nous perdu à notre généreuse hospitalité ? Nos maîtres, nos spécialistes, nos eaux thermales, les éditeurs de nos livres scientifiques, les fabricants de nos produits pharmaceutiques, de nos instruments de chirurgie, etc., etc., y gagnent toute une clientèle. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, l'altruisme le plus généreux n'est au fond qu'un intelligent égoïsme

Mais, si nous désirons qu'à notre foyer largement ouvert, il y ait place pour l'étranger, si nous admettons qu'il vienne s'y réchauffer, il ne nous convient pas d'être dupes, et nous ne saurions souffrir que certains de nos hôtes, indésirables pour leur propre pays, viennent chasser nos nationaux de la place à laquelle ils ont droit et de la situation dont ils ont besoin pour vivre. Nos syndicats ont dû jadis énergiquement lutter pour obtenir la création de ce doctorat d'Université, qui permet aux étrangers de retourner chez eux avec un titre honorifique, sanction légitime de leurs études, mais ne les autorise pas à exercer la médecine sur le territoire français. Nous avons néanmoins laissé aux étrangers la faculté de traiter avec nous d'égaux à égaux, de bénéficier de tous nos droits en subissant toutes nos épreuves, sans cependant partager toutes nos charges. Nous savons combien il nous a fallu de vigilance pour fermer la porte basse des équivalences qui, de temps à autres, s'ouvre secrètement encore ; par elle, aurait pénétré dans nos facultés un flot d'arrivistes qui eût vite submergé notre conquête syndicale du doctorat d'Université. Et maintenant que la loi de trois ans pèse d'un poids très lourd sur notre jeunesse médicale, il convient d'être encore plus vigilants, de faire savoir à tous les médecins étrangers qui vivent en France, de la France, qu'il est honnête de devenir, *s'ils le peuvent et le méritent,* citoyens de ce pays, de partager les charges pour avoir droit aux bénéfices et que nous ne saurions admettre sans répugnance les parasites qui viennent, dépourvus de scrupules, exploiter à l'abri de nos lois, notre trop naïve générosité.

Nous avons le droit de nous retourner vers l'Etat et de réclamer de lui ce minimum de protection qui est loin, bien loin des exigences de la xénophobie nationaliste.

Malheureusement, l'Etat a de singuliers moyens de protéger ses nationaux et de répandre l'influence française. L'histoire de la Faculté de médecine de Beyrouth en fait foi.

Nous sommes de ceux qui, faisant abstraction des opinions et des croyances, applaudissent des deux mains les Français qui répandent notre influence en Orient. Quand cette influence se manifeste par des œuvres d'enseignement, par des hôpitaux, par tout ce qui peut faire valoir notre mission civilisatrice à opposer aux fournitures de fusils et de canons, elle nous devient doublement chère. Or, la Faculté de médecine de Beyrouth, fondée en 1883 par les jésuites, nous parut tout d'abord une institution utile au bon renom de la France et digne d'être encouragée, subventionnée et développée. Les examens étaient primitivement passés devant un jury de professeurs de la Faculté elle-même, présidé par un professeur de Faculté française, délégué par le gouvernement français. Les jeunes docteurs de Beyrouth devaient exercer en Asie-Mineure, en Palestine, en Egypte, surtout en Syrie, pays à peu près dépourvus de médecins instruits et y porter, avec les secours de leur science, le culte et l'amour de la France. Ils étaient pourvus d'un diplôme qui n'avait rien de commun avec notre diplôme d'Etat français. Le gouvernement ottoman refusa de reconnaître le diplôme des docteurs de Beyrouth. Il eût été facile à notre Gouvernement d'obtenir cette reconnaissance en échange de quelques services rendus à la Turquie, mais c'eût été demander un trop grand effort à notre diplomatie qui avait en Orient des soucis d'affaires qui l'intéressaient davantage, et les placements à gros intérêts destinés à enrichir quelques financiers, d'ailleurs cosmopolites, ont une bien autre importance à notre ambassade de Constantinople que notre influence morale dans le Liban. En 1895, le Gouvernement français, pour consoler la Faculté de Beyrouth de ses déboires, se basant sur les lois du 19 juillet 1875 et celles du 18 mars 1880, qui établissent la liberté de l'enseignement supérieur,

considéra l'Ecole de médecine de Beyrouth comme une Faculté française libre en terre étrangère, et assimila le doctorat de Beyrouth au doctorat d'Etat français. On vit alors cette chose paradoxale, vraiment comique, si elle n'était fort triste pour nous : la Faculté de Beyrouth, créée pour répandre en Syrie l'influence française, fournir des docteurs levantins à notre pays qui venaient sans doute, chose inattendue ! porter en France l'influence syriaque. C'était une marque indéniable de reconnaissance et un échange de bons procédés.

Mais là ne se borne pas cette histoire héroï-comique.

En 1897, la Porte reconnut le diplôme de Beyrouth, comme valable pour exercer la médecine dans l'empire ottoman ; elle exigea que deux ou trois délégués de la Faculté impériale de Constantinople fussent adjoints au jury. On supprima l'épreuve de la thèse pour faciliter aux élèves l'obtention du grade de docteur. Le diplôme de Beyrouth, s'il faut en croire notre confrère, le Dr G. Clémenceau, ancien président du Conseil des Ministres, qui doit être exactement renseigné (1), porterait en propres termes que l'élève X. « *a prouvé ses connaissances et sa capacité en médecine dans les examens passés devant le jury, conformément aux programmes officiels de la République française* », et que cet élève a paru « CAPABLE D'EXERCER LA MÉDECINE DANS LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE ». Ainsi donc, notre Gouvernement, ce Gouvernement qui nous protège, accorde le droit à des Levantins de venir exercer la médecine en France, sans avoir obtenu de baccalauréats, sans avoir subi les mêmes épreuves que les étudiants français, puisqu'ils sont dispensés de la thèse, sans avoir fait de service militaire, puisqu'ils ne sont pas Français. Et ce diplôme, qui est assimilé à notre diplôme d'Etat, est conféré par un jury d'examen composé de : 1° trois professeurs ou agrégés de facultés de médecine française ; 2° par les délégués ottomans de la Faculté impériale de médecine de Constantinople. et 3° par trois professeurs de la Faculté libre de Beyrouth. La présidence de ce singulier jury qui délivre un diplôme d'Etat français, doit revenir en règle générale à un professeur français, mais « *s'il surgissait de ce fait des difficultés insurmontables, il y aurait lieu, pour éviter tout conflit, de laisser la présidence au Père Cattin, chancelier de la Faculté.* »

(1) Voir dans *L'Homme libre* (n° 162, 13 octobre 1913) l'article signé G. Clémenceau, intitulé : *Le diplôme du Père Cattin*, article dont un de nos correspondants, que nous remercions, a bien voulu nous envoyer la coupure. N. D. L. R.

Ce règlement est, paraît-il, signé du nom d'un directeur du Ministère de l'Instruction publique, alors que M. Barthou était titulaire de ce portefeuille.

Nous n'avons aucun parti pris, ni aucune animosité contre la Faculté de Beyrouth, ni contre son chancelier, le R. P. Cattin. Mais il nous sera permis de trouver quelque peu comique ce diplôme d'État français permettant d'exercer la médecine en France, délivré par un jury en partie étranger, et pouvant être présidé par un père jésuite distingué sans doute, mais qui n'est pas médecin, et dont l'ordre est banni de France. C'est ce président qui reconnaîtra que ses propres élèves sont CAPABLES D'EXERCER LA MEDECINE DANS LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Et voilà comment, en voulant répandre l'influence française au Liban, le Gouvernement français facilite aux médecins levantins les moyens de venir se fixer en France ; voilà comment l'Etat français assure le respect des droits du diplôme de docteur en médecine qu'il confère !

En écrivant ces lignes, nous ne faisons nullement œuvre politique, nous constatons des faits que nous livrons à l'appréciation sans parti pris de nos confrères, quelles que soient leurs croyances et leurs opinions. Qu'en pensent nos syndicats médicaux ?

J. NOIR.

Une fête au syndicat des médecins de la Seine.

Mardi 3 mars, à 8 heures du soir, sous la présidence du Dr Leredde, président du Syndicat des médecins de la Seine, a eu lieu chez Marguery un banquet offert par leurs amis syndiqués à deux de leurs anciens présidents, Bellencontre et Vimont. Cette fête, tout intime, avait été organisée par le secrétaire général Tourtourat et le trésorier Bongrand.

La plus franche cordialité régna pendant le repas auquel étaient venus tous les syndicalistes actifs qui avaient tenu à porter à Bellencontre et à Vimont l'expression de leur affectueuse reconnaissance.

Le Président Leredde traça en excellents termes l'histoire de la longue carrière syndicale de nos deux amis ; il loua l'élévation de leur caractère, leur dévouement, leur énergie. Le secrétaire général Tourtourat vint à son tour, en un discours ému et avec une grande élévation

de pensée, montrer que ce n'était pas le vain titre de président, accordé à Bellencontre et à Vimont, qui faisait leur mérite. Il opposa les services rendus par ces deux hommes dévoués, aux caractères et aux facultés assez différentes, mais qui, chacun, surent rendre les services les plus signalés à leur syndicat.

Bellencontre répliqua le premier, avec l'éloquence fleurie mais toujours simple et spirituelle dont il a le secret. Il associa à son triomphe ses prédécesseurs ; il suscita un tonnerre d'applaudissements quand il rendit hommage à Diverneresse qui, par sa lutte acharnée contre les assurances, est parvenu à faciliter la vie de tant de petits praticiens, qui, n'en doutons pas, sauront lui en garder le reconnaissant souvenir. Tout le monde sait qu'il manie délicieusement l'ironie, aussi termina-t-il en félicitant les deux grandes associations médicales françaises, l'A. G. et le Syndicat des médecins de la Seine, d'avoir porté au fauteuil de la présidence d'éminents syphiligraphes, le Dr Leredde et le Prof. Gaucher. Serait-ce une reconnaissance des soins spéciaux donnés gracieusement à de nombreux membres de ces deux sociétés ? questionna Bellencontre, au milieu des rires de tous les convives.

Vimont s'excusa de parler après Bellencontre avec lequel, dit-il, il ne saurait entreprendre une joute oratoire ; mais Vimont sait très bien que la véritable éloquence vient du cœur, et les remerciements vivement sentis, qu'il sut si sincèrement exprimer à tous ses amis et aux organisateurs de la fête, lui valurent d'unanimes et de chaleureux vivats.

La charité chez nous ne perd jamais ses droits. On se souvint que Vimont avait laissé une œuvre au Syndicat de la Seine au cours de sa carrière administrative ; cette œuvre est celle du Secours immédiat qui a rendu discrètement tant et tant de services à de malheureux confrères. Le Dr Hurtaud fit le tour de la table du festin et, après quelques pièces d'or, une pluie d'argent tomba dans le plat tendu par la Bienfaisance confraternelle. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Professeur A. Robin.

Les glycosuries dyspeptiques.

Je vous ai parlé dans ma dernière leçon des albuminuries dyspeptiques, et je vous ai montré un exemple de cette affection chez une femme de notre service. Eh bien, il existe également des glycosuries dyspeptiques. Je les ai décrites il y a dix-huit à vingt ans et je suis arrivé à leur conception en étudiant à cette époque (c'était en 1892) le cas d'un de mes malades.

Le malade en question était un homme de 45 ans, considéré comme diabétique et traité comme tel depuis longtemps. A l'examen de son dossier, d'ailleurs très complet, d'analyses d'urine antérieures, je fus frappé d'abord par l'irrégularité des quantités de sucre constatées : on notait, sans qu'aucune influence alimentaire soit entrée en jeu, 3 gr., 4 gr., 20 gr., puis, un abaissement de la glycosurie. En interrogeant le patient, j'appris qu'il digérait mal, qu'il avait maigri malgré un gros appétit, l'amaigrissement ne pouvant s'expliquer par la faible quantité de sucre perdue dans les urines. L'estomac était distendu ; il y avait des éructations acides, des crises hypersthéniques, de la coprostase. Je me demandai, finalement, si la glycosurie ne pouvait pas être mise sous la dépendance de la dyspepsie. Le traitement anti-dyspeptique n'ayant pas donné de résultat immédiat, le malade alla demander d'autres conseils ; découragé des insuccès obtenus, il revint me voir. Le traitement fut long (trois années), mais, uniquement avec la cure anti-dyspeptique, la guérison fut complète.

Instruit par ce fait, je m'attachai alors à examiner les urines de tous mes malades dyspeptiques. Je constatai la glycosurie fréquemment. Sur une statistique de 1.600 cas de dyspepsie, je la trouvai 83 fois, soit une proportion supérieure à 5 %. Je la rencontrai et on la rencontre dans deux catégories de cas. Dans la première catégorie, les caractères de la glycosurie permettent de la rattacher sans discussion à la dyspepsie. Dans la seconde catégorie, les caractères sont moins nets et rendent possible la confusion avec le diabète véritable.

Considérons la première catégorie de cas, ceux où le lien de la glycosurie à la dyspepsie est simple à saisir. Les caractères de la glycosurie, dans ce groupe, sont les suivants : 1° l'irrégularité ; la glycosurie ne se retrouve pas tous les jours. Ainsi, chez mon premier malade, l'analyse d'urine décela du sucre : en 1892, 16 fois sur 24 examens ; en

1893, 3 fois sur 24 examens ; en 1894, 10 fois ; en 1895, 8 fois. Le régime anti-dyspeptique amena, alors, la disparition du sucre, qu'on ne retrouva plus jamais ultérieurement.

Deuxième caractère : La quantité de sucre constatée est faible, quelquefois indosable. Dans certains cas, il a fallu concentrer les urines dans le vide pour y déceler le sucre. Il est exceptionnel que la glycosurie soit élevée : 25 gr., 38 gr. sont les chiffres les plus forts que j'aie constatés. Et encore, ces chiffres ne se sont-ils pas maintenus.

Troisième caractère : Le sucre existe dans l'urine de la digestion et pas dans l'urine du jeûne. Cette particularité se voit au début, mais elle tend à disparaître, lorsque le malade s'achemine vers la deuxième catégorie

Quatrième caractère : L'albuminurie coïncide fréquemment avec la glycosurie dyspeptique. J'ai noté la coïncidence 39 fois sur les 83 cas de glycosurie dyspeptique de ma statistique. L'albuminurie fait également défaut dans l'urine du jeûne (l'urine du matin, par exemple, chez le sujet qui a uriné vers minuit), pour se trouver dans l'urine de la digestion. Cette albuminurie dyspeptique est plus rebelle et son traitement est plus long ; en un mot, avec le régime de la dyspepsie, la glycosurie disparaît d'abord, et l'albuminurie ensuite.

Cinquième caractère : Il y a, chez les glycosuriques dyspeptiques, des troubles de la nutrition constants. Les urines, de quantité normale (elles atteignent rarement deux litres par 24 heures), ont une densité un peu élevée (1022, par exemple, au lieu de 1018 à 1020). Les échanges totaux azotés sont augmentés. L'acide urique lui-même subit une augmentation. Il n'est pas rare de constater une alternance entre l'élimination de l'acide urique et celle du glycose. On voit un dépôt urique, puis l'urine devient claire et sucrée.

Sixième caractère : On ne constate aucun des symptômes habituels du diabète, sauf la polyphagie. Les malades n'osent satisfaire, d'ailleurs, leur gros appétit, par crainte de troubles dyspeptiques. Pas de polydipsie, ni de polyurie.

Lorsque vous rencontrez des sujets dont la glycosurie présente les caractères que je viens d'énumérer, examinez leurs voies digestives. La langue est rouge à la pointe et aux bords. Trois, quatre heures après les repas, ces malades accusent de la pesanteur, des brûlures gastriques, avec éructations, baillements. Le foie est presque toujours (75 fois sur 83) augmenté de volume, et parfois sensible au palper. Vous pouvez avoir, en outre, la série des symptômes dyspeptiques surajoutés, neurasthénie, vertiges, émissions laiteuses, dermatoses diverses, surtout du type prurigineux, troubles cardiaques, intermittences, arythmies, sueurs.

L'état général n'est pas toujours le même. La plupart de ces malades sont amaigris et d'une façon que ne justifie pas la faible émission de sucre dans l'urine. Quelques-uns, cependant, ont une tendance à engraisser.

La glycosurie dyspeptique se caractérise donc, en somme, par un ensemble de particularités : l'irrégularité de la glycosurie, qui est faible et apparaît dans l'urine de la digestion, l'association fréquente avec l'albuminurie, l'augmentation des échanges généraux, l'amaigrissement, l'absence des grands symptômes propres au diabète et la présence de symptômes dyspeptiques.

Les cas de cette première catégorie sont simples, nets, faciles à reconnaître. Mais, où la question devient plus difficile, c'est avec les cas de la seconde catégorie. Ils figurent pour 1/10 dans la statistique. Les caractères dont je viens de parler ne se retrouvent plus alors. La glycosurie cesse d'être irrégulière et on constate le sucre dans l'urine du jeûne comme dans l'urine de la digestion. On se trouve en présence d'une glycosurie permanente accompagnée de troubles de la digestion. La coïncidence ne suffit pas à imposer le diagnostic, car le diabète vrai s'accompagne souvent de dyspepsie. Les grands diabétiques qui mangent beaucoup ont fréquemment de la dilatation de l'estomac, des fonctions gastriques altérées. Comment allons-nous établir le diagnostic et établir même la réalité du fait d'une glycosurie dyspeptique de ce genre ? Nous nous appuierons sur les observations. Je vais vous citer des exemples.

En 1894, je fus consulté pour un enfant de huit ans, gros mangeur, atteint de dyspepsie hypersthénique. J'examinai ses urines et n'y trouvai rien. En 1895, je revis le petit malade ; la dyspepsie persistait, le foie était augmenté de volume et les urines de la digestion contenaient 2 gr. 22 de sucre. Rien dans l'urine du matin. Sous l'influence du traitement anti-dyspeptique, la glycosurie disparut. L'année suivante, pour des motifs de famille, l'enfant fut placé interne au lycée et son alimentation cessa d'être surveillée. Le sucre reparut. L'enfant, dont l'appétit était exagéré, continua à manger beaucoup. La glycosurie, de temporaire qu'elle était, devint permanente. La famille le sortit alors du lycée ; on traita sa dyspepsie : nouvelle disparition du sucre. Retour au lycée, bientôt suivi d'excès alimentaires, de dyspepsie, et de retour de la glycosurie, avec 54 gr. de sucre. Cette fois, un diabète véritable s'était installé, diabète grave des jeunes gens, auquel le malade succomba six mois après.

Autre exemple. Homme de 51 ans, grand dyspeptique, ayant de temps en temps dans les urines des traces de sucre qui disparaissent avec

le traitement anti-dyspeptique. A un moment donné, à la suite de soucis et de chagrins, le malade cesse tout traitement et se met à boire et à manger sans retenue. Je le revois trois ans après et je constate une dyspepsie hypersthénique, avec 38 gr. de sucre par litre d'urine. Le régime anti-dyspeptique repris et suivi assez longtemps amena la disparition de la glycosurie. La guérison s'est maintenue. Voilà donc un malade qui, après une glycosurie temporaire, était devenu un véritable diabétique. Le traitement de la dyspepsie a suffi à amener une guérison persistante.

Troisième exemple. Un de mes malades, banquier de 41 ans, hypersthénique gastrique depuis quinze ans, avait le soin de faire examiner ses urines chaque mois, réalisant ainsi la méthode chinoise qui consiste à confier sa santé au médecin avant qu'elle soit altérée. Les analyses n'avaient jamais révélé de sucre. En 1902, très préoccupé par ses affaires, cet homme voit de ce fait sa dyspepsie s'exagérer, et il constate pour la première fois du sucre dans l'urine, 3 gr. 90 par litre. Après un mois de régime lacté, le sucre tombe à zéro, pour ne plus reparaître, le traitement gastrique ayant été suivi avec persévérance.

Autre exemple. Diabétique avec dilatation stomacale. Le régime sec étant à cette époque très en honneur, il est soumis au régime sec. Au bout de quinze jours, le sucre a presque doublé. Je conseille le régime lacté, m'adressant à sa dyspepsie. Le sucre disparaît.

Je conclus de tout cela que la glycosurie dyspeptique peut devenir permanente, se transformer en diabète véritable par la persistance de la dyspepsie. Plus tard, on est en face d'un diabète quelconque que le traitement gastrique ne peut plus enrayer.

Il serait intéressant de rechercher les causes de cette glycosurie dyspeptique. Quand j'ai publié ces faits, on m'a objecté qu'il s'agissait de glycosurie par insuffisance hépatique. J'ai répondu que si le foie était, en pareil cas, insuffisant pour le sucre, il devrait l'être pour ses autres fonctions ; l'urée, le rapport azoturique devraient être diminués. Or, c'est exactement le contraire que l'on observe. Chez nos malades, nous avons trouvé tous les échanges augmentés. Il faudrait admettre une dissociation fonctionnelle du foie, qui ne se conçoit pas. Le mécanisme de la glycosurie est d'ailleurs très simple à comprendre si l'on s'en tient à l'hypersthénie gastrique. Une expérience de Claude Bernard a montré qu'au moment où le pylore s'ouvre pour le passage du contenu gastrique, il se produit un déclanchement des fonctions biliaires. Le chyme hyperacide des dyspepsies hypersthéniques va développer une action hépatique exgérée. C'est sur ce fait que le traitement s'établit.

Quelle thérapeutique appliquer pour empêcher ou guérir ce diabète dyspeptique, diabète curable quand il n'est pas soigné trop tardivement. Si nous considérons tous les traitements qui ont été proposés contre le diabète en général, nous voyons que l'un d'entre eux, le régime lacté, préconisé en Angleterre, a joui d'une faveur réelle. Il a joui de cette faveur parce qu'il a donné des succès. Il a eu aussi, il est vrai, ses insuccès. Avec le régime lacté, le sucre augmente chez 8 diabétiques sur dix. Ainsi, nous avons dans le service une femme atteinte de diabète, avec 360 gr. de sucre. Je suis certain d'avance que, mise au régime lacté, elle verrait sa glycosurie s'accroître. Les cas où le régime lacté réussit sont précisément ceux du diabète dyspeptique. Comme ils figurent pour 1 à 2 sur 10, on arrive à la proportion fournie par les statistiques de 2 succès sur 10 diabètes

La cure lactée convient au diabète dyspeptique, particulièrement aux malades de la première catégorie. Elle n'est pas toujours nécessaire. Lorsque la quantité de sucre des urines est faible et la glycosurie irrégulière, le régime sédatif des hypersthéniques amène la guérison, sans autre traitement. Lorsque la glycosurie est plus abondante, s'il y a de temps en temps du sucre dans l'urine du matin, par exemple, on fera un pas de plus, en mettant le malade au régime lacté, et saturant le contenu gastrique à la fin des repas avec les poudres de saturation. On diminuera, en outre, l'excitabilité stomacale à l'aide du menispermum cocculus et du veratrum viride.

Si l'urine du matin contient du sucre et si vous sentez que la glycosurie va devenir permanente, ayez recours à l'action thérapeutique sur le foie. De quelle manière ? En superposant au régime lacté et au traitement anti-dyspeptique, qui seront continués, l'antipyrine, dont vous donnerez un gramme, associé à 1 gr. de bicarbonate de soude, une heure et demie avant les principaux repas. Il suffit quelquefois de deux ou trois doses pour que le sucre disparaisse. Vous prescrirez ensuite les injections rectales de liqueur de Fowler et le carbonate de lithine, 0 gr. 10 à chaque repas.

Il est des cas plus accentués encore, où un diabète véritable est constitué. Vous agirez alors également sur le foie, à l'aide de l'antipyrine, mais il faudra un nombre de doses plus grand. Si à la sixième dose (fin du 3e jour), le sucre n'est pas disparu, vous vous adresserez à une médication qui comprendra :

1° Tous les matins, un cachet contenant 0 gr.50 de bichlorhydrate de quinine ;

2° A chaque repas (pendant 6 jours), un cachet composé de :

Arséniate de soude............	0 gr. 002
Carbonate de lithine............	0 gr. 15
Codéine....................	0 gr. 01
Poudre de thériaque..........	0 gr. 20
Extrait alcoolique de quinquina .	0 gr. 25

Lorsque, malgré cela, le sixième jour, le sucre persiste, vous ferez continuer les derniers cachets, sans quinine le matin ; puis, s'il est nécessaire, le malade recommencera la quinine. Une fois la glycosurie disparue ou très réduite, on cesse le traitement anti-diabétique et l'on prend le traitement anti-dyspeptique, modérateur de l'estomac, les poudres de saturation, la teinture de belladone à la dose de dix gouttes avant les repas.

Je vais terminer par quelques mots sur les cures hydro-minérales. Deux stations peuvent réclamer la très grande majorité des glycosuries dyspeptiques : Vichy et Carlsbad. Presque tous les malades dont nous nous occupons sont justiciables de ces deux stations. Dans quelques cas particuliers, cependant, d'autres stations trouvent leurs indications. Les hypersthéniques avec acides de fermentation obtiendront de bons résultats des eaux de Pougues. Si vous avez affaire à ce type dans lequel des décharges d'acide urique alternent avec la glycosurie, Vittel, Contrexéville, Martigny sont à conseiller, à condition d'en surveiller l'emploi. Dans la glycosurie associée à l'albuminurie, si l'albuminurie domine, et si les malades ne sont pas trop névropathes, vous choisirez Saint-Nectaire. Pour les malades à constipation dominante, vous pouvez recommander Châtel-Guyon, Brides. Chez les déprimés dont l'hypersthénie gastrique est peu accentuée, Royat ou La Bourboule sont utiles.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Psychoses cocaïniques. — La loi sur l'assistance des femmes en couches. — Traitement de la constipation par l'huile de vaseline à l'intérieur. — L'empoisonnement par les gâteaux à la crème. — Résultats d'une expérience prolongée de rééducation auditive.

M. Ch. VALLON lit à l'*Académie de médecine* une note sur *les psychoses cocaïniques.*

La cocaïne, dit-il, peut produire deux variétés de psychoses : l'une à évolution lente ou délire systématisé cocaïnique, l'autre à évolution aiguë ou subaiguë.

La forme lente commence par des troubles sensoriels (illusions et hallucinations) et se continue par des idées délirantes. Les illusions et les hallucinations peuvent affecter tous les sens. Le plus remarquable de ces troubles est la sensation d'animalcules, de vers sous la peau qui a été considérée comme pathognomonique ; en réalité, on ne l'observe que dans les cas d'intoxication profonde et encore pas dans tous. Les idées délirantes les plus fréquentes sont celles de persécution, de jalousie, d'hypochondrie. Le malade se croit victime de complots ; il se figure être privé d'organes, rongé par les insectes.

La forme aiguë se produit chez les intoxiqués chroniques. Chez un individu dont l'intoxication ne s'était traduite jusque-là que par une altération de la santé, de l'insomnie, des cauchemars, éclate une excitation violente ; le sujet ressemble à un alcoolique subaigu.

La cocaïne est un toxique encore plus dangereux que la morphine. Les cocaïnomanes arrivent vite au délire et aux réactions violentes. Ils jouent du revolver avec la plus grande facilité.

— M. PINARD présente à l'*Académie de médecine*, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance, un rapport sur les *instructions destinées aux femmes bénéficiaires de la loi du* 17 *juin* 1913.

La loi du 17 juin 1913 sur le repos et l'assistance des femmes en couches, accorde à toute femme enceinte française n'ayant d'autre ressource que son travail, et lorsqu'elle en fait la demande au maire, une indemnité journalière de 1 fr. 50, pendant le mois qui suit l'accouchement, et pendant le mois qui précède si la nécessité d'un repos est attestée par un certificat d'un médecin des services d'assistance. La femme doit s'engager, par contre, à observer le repos et les règles d'hygiène qui lui seront prescrites. L'exécution de cet engagement est contrôlée par des dames visiteuses nommées à cet effet.

Sollicitée par le Ministre de l'Intérieur et par M. Mirman, directeur de l'Assistance, d'établir les instructions à remettre aux dames visiteuses et aux femmes bénéficiaires de la loi, l'Académie confia cette rédaction à la commission d'hygiène infantile.

Les instructions rédigées par M. Pinard indiquent successivement : l'hygiène de la femme pendant le dernier mois de la gestation (propreté du logis, examen hebdomadaire des urines, abstention de traumatisme sexuel et de surmenage) ; l'hygiène de la mère après l'accouchement (repos au lit pendant au moins dix jours, travail assis toléré seulement deux semaines après l'accouchement, éloignement de toute fatigue avant la fin de la quatrième semaine, soins des mamelons) ; l'hygiène de l'enfant après la naissance (propreté de l'enfant, précautions contre le froid, vêtements qui devront protéger le nourrisson sans trop entraver ses mouvements, alimentation, règlement des tétées, etc.).

M. MESUREUR donne lecture de la notice préparée par l'administration de l'assistance publique et destinée à être remise, à Paris, aux femmes désirant bénéficier de la loi. La notice, conçue en termes simples, signale les mêmes règles d'hygiène et indique aux femmes qu'elles ne sauraient les éluder sous peine de se voir supprimer immédiatement les secours.

— M. A. MANQUAT fait, à l'*Académie de médecine*, une communication sur l'*emploi des vaselines à l'intérieur dans le traitement de la constipation.*

Les vaselines, produits retirés du pétrole, sont au

nombre de trois : la paraffine, la vaseline officinale et l'huile de vaseline. Elles sont utilisables à l'intérieur à la condition d'être chimiquement pures.

Un chirurgien anglais, Arbuthnot Lane, a recommandé, dans ces dernières années, l'emploi de l'huile de vaseline pour le traitement de la constipation, et M. Pauchet (d'Amiens) s'est efforcé de vulgariser en France la méthode de Lane. A son tour, M. A. Manquat fait un plaidoyer en faveur de ce nouveau et intéressant traitement de la constipation.

La toxicité des vaselines, ingérées à doses thérapeutiques, peut être considérée comme nulle. Leur absorption, d'autre part, est inappréciable. Elles peuvent, dès lors, exercer leur action physique et mécanique sur toute l'étendue du canal intestinal, contrairement aux huiles végétales ou animales dont la plus grande partie est absorbée chemin faisant. Elles produisent ainsi sur le contenu intestinal des modifications de consistance qui en facilitent l'expulsion. Elles jouissent en outre de propriétés sédatives sur le spasme de l'intestin.

On fait habituellement usage de l'huile de vaseline, qui se donne à la dose de une ou deux cuillerées à soupe le matin à jeun, pendant 2, 3 ou 4 jours. Le remède agit lentement et n'amène la première selle qu'au bout de quelques jours d'un usage quotidien. L'huile de vaseline n'est pas en effet un laxatif, et cette lenteur d'action est largement compensée par l'absence d'irritation intestinale. C'est, en un mot, un véritable traitement de la constipation chronique, d'action analogue (mais supérieure) à l'agar. Les inconvénients du médicament sont peu importants. Il faut le prendre à jeun, car, ingéré après le repas, il cause de la lourdeur gastrique.

M. Manquat ajoute que la constipation habituelle n'est pas la seule qui soit justiciable de la vaseline liquide ; cet agent médicamenteux sera utile aussi dans la constipation des maladies aiguës (fièvre typhoïde), des opérés du ventre, chez les hémorrhoïdaires, les prostatiques, etc.

— M. Chantemesse présente à l'*Académie de médecine* une étude sur l'affaire de Cholet et les *empoisonnements par les gâteaux à la crème*.

Les accidents dus à l'ingestion de certains gâteaux à la crème, remarque M. Chantemesse, s'accroissent de nos jours, avec les progrès du bien-être, au point que le Dr Lecoq a pu en rapporter dans sa thèse près de 700 cas observés en quelques années, de 1900 à 1906. On a invoqué, pour les expliquer, diverses causes : la présence fortuite d'un poison minéral (cuivre, arsenic), dans la crème, une altération de la vanilline qui entre souvent dans sa composition, une intoxication microbienne, etc.

Dans le récent empoisonnement de Cholet, 38 convives sur 50 absorbèrent une certaine quantité d'un gâteau à la crème préparé la veille. Tous furent malades et 10 succombèrent. Les accidents débutèrent une ou deux heures après le repas chez quelques-uns ; chez d'autres, 3 heures, 12 heures, et même 48 heures plus tard. La symptomatologie (diarrhée, vomissements, anurie, crampes, agitation, fièvre légère) rappela celle d'un empoisonnement par le choléra ou par un toxique minéral. Les lésions anatomiques, constatées à l'autopsie, consistaient en un état congestif du tube gastro-intestinal, avec dégénérescence graisseuse du foie, sans altération des plaques de Peyer.

L'analyse chimique de la crème ne décela aucun toxique. L'examen bactériologique de MM. Papin et Gaudin leur permit de découvrir, dans la crème incriminée et dans le sang d'un des malades, un bacille paratyphique, que M. Chantemesse retrouva également au cours d'une autopsie. C'est un bacille mobile du groupe Gœrtner ; le sang des malades l'agglutinait, tandis que le même sang ne touchait pas les paratyphiques ordinaires A et B.

M. Chantemesse attribue à ce bacille les accidents qui ont été observés à Cholet. Il appuie son opinion sur une série d'expériences dans lesquelles une crème préparée comme celle du banquet de Cholet et infectée légèrement avec une culture du bacille en question, puis donnée à des cobayes, les fit périr rapidement d'accidents cholériformes. Autre argument : quelques personnes appelées à soigner les victimes de cet empoisonnement contractèrent la maladie, avec une semblable symptomatologie. L'origine du microbe pathogène fut expliquée par ce fait que la cuisinière, qui confectionna le gâteau fatal, était une porteuse de germes ; les produits intestinaux de cette femme ont été trouvés chargés du bacille en question. L'enquête a révélé, en outre, qu'à plusieurs reprises, des crèmes royales préparées par la même cuisinière avaient causé des accidents analogues, sans décès toutefois. La crème contagionnée, pour devenir dangereuse, a besoin d'un multiplicateur ; il est nécessaire qu'elle soit conservée pendant un certain temps (heures de cultures où se développent les bacilles et la toxine) dans un local chauffé, avant d'être consommée.

M. Chantemesse évoque, à ce propos, le célèbre procès Lafarge, qui fut un empoisonnement par un gâteau à la crème, et il se demande (en raison de la quantité très faible, impondérable, d'arsenic découverte par Orfila dans les viscères de Lafarge), s'il ne s'est pas agi d'un cas analogue à ceux de Cholet.

De son enquête, l'auteur conclut à la nécessité des mesures prophylactiques suivantes :

1° Les gâteaux à la crème ne doivent être préparés qu'avec du lait bouilli et des œufs frais ;

2° Les jaunes doivent être mélangés au lait chaud à une température aussi élevée que possible ;

3° Les récipients utilisés doivent être soigneusement lavés à l'eau bouillante avant usage ; les mains du cuisinier seront lavées à la brosse et au savon avant de procéder à la préparation, et recouverts de gants en fil blanc pendant le cours des manipulations ;

4° Toute substance étrangère ajoutée (vanille) sera lavée préalablement à l'eau bouillante ou sera bouillie (gomme, gélatine) ;

5° Les blancs d'œufs montés en neige ne seront placés sur la crème jaune que lorsque celle-ci sera refroidie ;

6° Les gâteaux à la crème seront conservés dans un endroit frais, à la glacière si possible, jusqu'au moment de la vente.

M. A. Gautier répond à M. Chantemesse que, pour ce qui concerne l'affaire Lafarge, la quantité très faible d'arsenic trouvée par Orfila dans les viscères de Lafarge était bien de l'arsenic anormal. Pour M. Gautier, l'arsenic, qui existe à l'état de traces dans les ongles, la peau, etc., ne se trouve pas dans les viscères intestinaux.

— M. de Parrel communique à la *Soc. de Laryng., d'otolog. et de rhinologie de Paris*, une note sur les *résultats d'une expérience prolongée de rééducation auditive.*

Pendant un an, dit-il, j'ai eu l'occasion d'examiner, mesurer et suivre de très nombreux sourds traités par la méthode anacousique électrophonoïde, et je tiens à porter devant vous les résultats de l'enquête clinique minutieuse à laquelle je me suis livré. Je le fais sous forme de conclusions pour donner plus de clarté à cet exposé.

1° *La méthode anacousique donne, dans la plupart des surdités, des résultats de beaucoup supérieurs à ceux qu'on obtenait jusqu'à ce jour par les procédés classiques.*

Le degré de l'amélioration est très variable et ne va pour ainsi dire jamais jusqu'à la *restitutio ad integrum*, sauf dans quelques cas de sclérose junévile.

2° *Le traitement de la surdité par la méthode anacousique est d'ordre physiologique et non anatomique*, c'est-à-dire que la rééducation auditive n'a aucune action sur les surdités avec atrophie du labyrinthe et du nerf auditif, ou consécutives à des destructions plus ou moins complètes de l'oreille interne ou des centres auditifs. Elle est absolument contre-indiquée dans la surdi-mutité congénitale, dans la surdité brusque d'origine syphilitique ou méningitique, dans la plupart des surdités accentuées résultant de labyrinthites toxi-infectieuses (ourlienne, pneumococcique, etc.).

3° *D'une façon générale, on peut dire que les améliorations constatées sont en raison inverse de l'âge du malade et de l'ancienneté de la lésion.* En pratique, il vaut mieux s'abstenir de porter d'avance un pronostic sur le degré de l'amélioration probable dans tel ou tel cas ; on s'exposerait à des démentis formels parce qu'on ne peut connaître à l'avance le pouvoir réactionnel du labyrinthe et son excitabilité. Néanmoins, quand nous avons relevé la présence d'une paracousie de Willis, et que nous avons reconnu une sclérose de l'oreille moyenne, ou une labyrinthite scléreuse au début, une otite adhésive récente, une sclérose juvénile, nous pouvons espérer un bon résultat.

4° *La surdité, maladie chronique, exige un traitement chronique*, et les résultats ne se maintiennent que par des exercices acoustiques répétés à intervalles réguliers et plus ou moins rapprochés suivant le degré de l'hypoacousie. Il en est du labyrinthe, comme de tout autre organe, il doit être sans cesse entraîné à sa fonction propre, sous peine de perdre de son rendement physiologique. Il convient donc de reprendre de temps à autre quelques séances de rééducation auditive, comme on mobilise une articulation dont une ankylose ancienne a détruit la souplesse.

5° *L'anacousie a une action très nette sur la circulation auriculaire* et, par conséquent, sur l'évolution des processus adhésifs, cicatriciels ou sur les suppurations de l'oreille moyenne.

Le mécanisme de ces phénomènes vasculaires semble être le suivant : excitation des nerfs vasomoteurs sous l'influence de l'onde sonore, vaso-dilatation énergique, puissant appel sanguin, donc mouvement intense d'irrigation de toute la région auriculaire. La preuve clinique de l'existence de ces phénomènes circulatoires réside dans le fait de la reviviscence des organes glandulaires du tractus auditif (réapparition du cérumen), de l'hypérémie légère le long du manche du marteau visible à l'otoscopie, de l'assèchement rapide des otorrhées (la congestion active permettant la diapédèse et par conséquent la phagocytose).

6° *L'acoumétrie à la montre ou au diapason n'a qu'une valeur très relative en matière de rééducation auditive.* La voix haute et surtout la voix basse permettent seules de se rendre un compte exact des progrès de l'audition ; d'ailleurs, comme l'a dit récemment Gradenigo (de Turin), « l'examen à la voix est le plus en faveur auprès des auristes et le plus physiologique » (1). J'insiste sur la valeur acoumétrique de la voix basse maximum, car dès qu'on dépasse ce maximum, les vibrations laryngées apparaissent et c'est la voix haute. Il y a donc tout lieu de croire qu'en utilisant cette voix basse maximum dans les épreuves successives qu'on fait subir au sujet, on se tient dans les mêmes conditions d'intensité et l'on écarte les causes d'erreurs qui peuvent se produire avec la voix chuchotée, dont les limites sont relativement plus élastiques.

Au reste, aucune erreur de la part de l'expérimentateur ne saurait expliquer les écarts d'audition comme ceux que l'on constate chez beaucoup de sourds rééduqués, qui passent, par exemple, pour la voix basse de 4 à 5 centimètres à 2 et 3 mètres d'audition, ou pour la voix haute de 50 centimètres à 8 et 10 mètres.

D'ailleurs les sujets eux-mêmes et leur entourage se rendent parfaitement compte des progrès obtenus, quand, après en avoir été tout à fait incapables pendant de longues années, ils peuvent après leur traitement entendre une pièce de théâtre ou une conférence, une conversation familiale, une communication téléphonique, et en général tout ce qui les relie à la vie commune. C'est du reste notre plus grande sa-

(1) *Arch. Ital. di Otol.*, 1912 fascicule 3.

tisfaction, à nous tous qui nous sommes attachés à combattre une infirmité aussi pénible que la surdité, de voir beaucoup de ceux qui se sont confiés à nos soins renaître à la vie sociale, retrouver leur gaieté disparue, et nous exprimer en termes émus leur reconnaissance. Ceci nous console des difficultés que nous rencontrons sans cesse sur le chemin que nous nous sommes tracé et nous encourage pour l'avenir.

P. L.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Les procédés actuels d'épuration des eaux de boisson.

(A propos des récents incidents de Lunéville.)

Tous les journaux ont relaté il y a quelques semaines les incidents qui se sont produits à Lunéville et l'émotion qu'ils y ont provoquée ; les entrepreneurs chargés de l'épuration des eaux de la ville, n'ayant à leur disposition que des appareils devenus insuffisants par suite de l'augmentation de la consommation des eaux, ont eu recours à un procédé de fortune, que certains ont qualifié de frauduleux, destiné uniquement à fausser les résultats des analyses faites par le service de santé militaire. Les entrepreneurs avaient-ils ou non le droit de substituer momentanément l'hypochlorite de sodium à la stérilisation par les rayons ultra-violets ? C'est là une question sur laquelle les juges seront peut-être appelés à se prononcer ; en attendant que la solution en soit connue, il nous a paru intéressant de passer rapidement en revue, dans les colonnes du *Concours médical*, les différents moyens d'épuration préconisés jusqu'à ce jour, en examinant aussi impartialement que possible leurs avantages et leurs inconvénients et en nous étendant surtout sur les méthodes physiques et chimiques, qui, quoique entrées dans la pratique depuis quelques années à peine, semblent devoir supplanter toutes les autres, dans l'alimentation des grandes agglomérations.

Epurer une eau, c'est la rendre inoffensive en la débarrassant de tout germe nocif, de tout microorganisme pathogène et plus généralement de toute trace de matière organique, sans pour cela lui faire perdre aucune de ses propriétés organoleptiques. Une telle eau n'est pas stérilisée au sens précis du mot, car elle peut encore renfermer des spores et même quelques bactéries très résistantes, en général non pathogènes.

Les procédés biologiques (lits bactériens, fosses septiques) dont le principe consiste à détruire les microorganismes pathogènes en favorisant le développement de bactéries antagonistes et dont l'emploi tend à se généraliser pour l'épuration des eaux résiduelles, sont à peu près inutilisés en ce qui concerne les eaux d'alimentation des villes : ils exigent en effet une installation complexe et coûteuse et ils ne fonctionnent que lentement

I. *Procédés mécaniques.*

Ces procédés consistent essentiellement en la filtration de l'eau à travers des substances poreuses ou réduites en poudre fine, susceptibles de retenir les microorganismes pathogènes par un véritable phénomène d'attraction capillaire. A la suite des travaux de Pasteur et de ses élèves, de nombreuses matières filtrantes ont été proposées : le charbon, le fer spongieux, l'amiante, la brique pilée, le grès, la porcelaine, le sable lavé et la terre d'infusoires. Tous ces filtres (Maignen, Garos, Berkelefd, etc.), ont été peu à peu abandonnés, car les bactéries retenues finissent par s'agglomérer sur les pores du filtre et y cultiver : la filtration se ralentit peu à peu par suite de la formation d'une membrane zoogléique qui obstrue les pores et laisse passer une eau plus polluée qu'avant toute filtration. C'est là un grave danger, que signalait Riche dès 1891 : « Tout appareil de filtration donne des résultats convenables dans les premiers temps, mais il perd peu à peu sa qualité et il est susceptible de devenir dangereux par l'accumulation des matières microbiennes. Il ne serait parfait que s'il était formé d'une matière poreuse, pulvérulente, qu'on renouvellerait incessamment ». C'est ce qui amenait Vaillard en 1902, à condamner tous les filtres : « Ces appareils n'ont de filtre que le nom ; ce sont des clarificateurs excellents, et rien de plus... Ils manquent de la qualité essentielle : l'efficacité, et doivent être condamnés en bloc. Leur emploi ne saurait recevoir d'application que pour purifier des eaux troubles avant de les soumettre à une purification véritable. »

C'est à peine si l'on peut faire une exception en faveur des bougies, types Chamberland et similaires, dont l'emploi peut être efficace, à la condition qu'elles soient soigneusement surveillées et nettoyées, et il est indispensable de *régénérer* la bougie toutes les semaines par un lavage au permanganate de potassium ou mieux, par une calcination à 300°, et de vérifier fréquemment que l'appareil, extrêmement fragile, ne présente pas la moindre fissure. Ce sont là d'excellents instruments de laboratoire, mais qui ne sauraient être employés pour l'épuration domestique de l'eau.

Les filtres à sable, dont l'emploi est déjà ancien, sont les seuls qui soient encore utilisés pour purifier une quantité considérable d'eau. Ils répondent aux règles formulées par Riche, la matière filtrante pouvant y être renouvelée fréquemment et réalisant d'assez près les conditions naturelles de filtration au travers d'un bon sol. Au fond d'immenses bassins étanches, on place un drainage de soutien constitué par des dalles poreuses ou par une rangée de briques que l'on recouvre de gros graviers, surmontés eux-mêmes d'une couche filtrante d'environ un mètre d'épaisseur. Cette couche, d'après Miquel, doit être constituée par du sable de rivière fin, passé au tamis,

et soigneusement lavé pour le débarrasser de toute trace de matière organique ou boueuse. Ces filtres fonctionnaient par pression, aussi fallait-il maintenir au-dessus du sable une couche d'eau de 1 à 2 mètres d'épaisseur, d'où le nom de *filtres submergés* donné à ces appareils. Leur action a été d'ailleurs reconnue insuffisante et inconstante, car sous l'afflux de l'eau, après les fortes pluies, la couche de sable se fissure aisément et laisse passer une eau non exempte de bacterium coli ; de plus, ces appareils se colmatent rapidement, les bactéries qui vivent à la surface du sable, y forment peu à peu une couche zoogléique, véritable membrane qui, en s'épaississant, finit par arrêter la filtration.

Ces appareils sont aujourd'hui remplacés partout par les *filtres à sable non submergés* de Miquel et Mouchet, dans lesquels l'eau, préalablement décantée, arrive en quantité juste suffisante pour que la partie supérieure ne soit pas immergée. Le colmatage est ainsi beaucoup plus lent ; il se forme en outre, à la surface du sable, une couche d'algues vertes qui facilite la filtration et intervient biologiquement dans l'épuration de l'eau. Chaque mètre carré de surface filtrante donne 5 à 8 mètres cubes d'eau par 24 heures.

Le filtre une fois colmaté, il faut procéder à son *décroûtage* : on enlève la couche superficielle de sable (30 cm.), et on la remplace par du sable neuf.

Ce système, qui donne de très bons résultats, est employé dans beaucoup de grandes agglomérations : on filtre ainsi l'eau de Seine à Ivry et celle du Rhône à Lyon ; dans ce dernier cas, le filtre est constitué par une galerie filtrante de plusieurs kilomètres de long creusée parallèlement au lit du Rhône et alimentée naturellement par le fleuve lui-même. Il n'est pas nécessaire de remplacer fréquemment le sable ; l'axe du filtre étant horizontal et non vertical, le colmatage est à peine sensible.

Pour faciliter encore l'épuration, Anderson a proposé de faire précéder la filtration d'un véritable encollage au moyen d'une substance gélatineuse, l'hydrate ferrique par exemple dont il réalisait la formation au sein même de l'eau ; il faisait arriver l'eau sur des rognures de fer ; par agitation, elle se chargeait de sels de fer qu'une forte aération suffisait à oxyder ; l'hydrate ferrique ainsi formé entraînait en se déposant tous les microorganismes ; il suffisait ensuite de filtrer sur du sable. Dans le procédé américain, on additionne l'eau d'une faible proportion de sulfate d'aluminium qui, au contact de la chaux qu'elle renferme toujours, donne de l'alumine et du sulfate de chaux qui se déposent ; il suffit alors de filtrer.

II. *Procédés physiques.*

A côté de ces procédés mécaniques, l'homme a cherché de bonne heure à utiliser l'action microbicide des agents physiques qui l'entouraient et en particulier de la chaleur dont le pouvoir *purificateur* était connu bien avant que Pasteur ait montré l'existence des bactéries.

L'ébullition est la méthode d'épuration des eau la plus simple et la plus efficace de toutes. Il suffit de maintenir cette ébullition pendant environ une demi-heure, pour être certain de la destruction de tous les microorganismes que l'eau pouvait renfermer. C'est là un procédé de choix, mais un procédé de laboratoire qui ne pourrait être employé à l'épuration d'une quantité considérable d'eaux, car il est long et son prix de revient est très élevé. Il doit par contre, être conseillé, de préférence à tout autre, pour les usages domestiques, avec cette restriction que l'eau bouillie reste trouble par suite de la précipitation des sels de chaux et de magnésie qu'elle renfermait et de la perte du gaz carbonique qui y était dissous ; elle est fade et indigeste, et ne doit être consommée qu'après un repos prolongé et une nouvelle aération.

L'ébullition à 120-130° sous pression, dans des appareils appelés *caléfacteurs*, est une véritable stérilisation ; c'est, comme la précédente, une méthode de choix, mais d'un prix de revient élevé : l'hectolitre d'eau bouillie revient à 0 fr. 40. Son emploi est susceptible de rendre de grands services pour l'alimentation des armées en campagne et a déjà fait ses preuves en Chine et au Maroc.

La distillation, d'un prix de revient encore plus élevé, n'a aucun avantage sur l'ébullition et son emploi est des plus restreints : elle n'est utilisée que dans les régions où l'on trouve uniquement des eaux saumâtres ou salées (Tunisie, Casablanca), et sur les paquebots.

Les méthodes de purification précédemment indiquées étant toutes très coûteuses et ayant un emploi forcément limité par suite de la place et de la main-d'œuvre qu'elles exigent, certains hygiénistes ont songé à utiliser le pouvoir abiotique de la lumière solaire que les travaux de Downes et Blunt, Duclaux, Arloing, Büchner et Roux ont nettement mis en évidence ; tous ces auteurs ont attribué cette action, ainsi que l'avait déjà fait pressentir Engelmann en 1882, aux rayons les plus réfrangibles du spectre solaire ; aussi est-il probable que ce pouvoir abiotique devait être maximum pour les radiations invisibles de longueur d'onde : $\lambda = 0$ m. 2 situées au delà du violet dans un spectre complet, et dont M. D. Berthelot a récemment montré la prodigieuse activité chimique. MM. Courmont et Nogier, qui ont étudié le problème et ont publié dans la *Revue générale des sciences* du 30 avril 1911 les résultats détaillés de leurs travaux, sont arrivés à cette conclusion que « le pouvoir stérilisant des rayons ultra-violets, émis par une lampe en quartz à vapeur de mercure, immergée dans l'eau est, vis-à-vis des microbes contenus dans cette eau, d'une intensité telle que le problème de la stérilisation intégrale, rapide et économique de l'eau claire peut être considéré comme résolu par ce procédé. »

A peine ces faits furent-ils connus que de nombreuses applications pratiques et industrielles furent tentées. Courmont et Nogier employaient dans leurs essais, comme source de lumière ultra-violette la

lampe à vapeur de mercure de Kromayer qui n'est qu'une modification de celle de Cooper-Hewit, dont l'aspect si singulier et la lumière si blafarde sont bien connus de tous : elle se compose d'un long tube de verre de 3 cm. dans lequel règne le vide et dont les extrémités, en forme d'ampoules, renferment du mercure et sont unies aux pôles d'un générateur de courant continu ; il suffit d'incliner brusquement le tube pour former un court-circuit qui allume la lampe en produisant un effluve luminescent qui dure tant que passe le courant. Cette lampe est l'une des sources les plus riches en radiations ultra-violettes qui soit actuellement connues ; et à quelques modifications près, qui y ont été apportées par Courmont et Nogier, Billon-Daguerre ou la Compagnie Westinghouse, c'est elle qui est employée dans toutes les méthodes de stérilisation basées sur le pouvoir abiotique des rayons les plus réfrangibles du spectre. Une seule de ces lampes, placée dans un tonneau de 0 m. 60 de diamètre, c'est-à-dire tel que ses parois ne soient pas à plus de 0 m. 30 de la source lumineuse, suffit pour stériliser en quelques minutes une eau, si souillée soit-elle, pourvu qu'elle soit limpide. Ces résultats ont été confirmés depuis par Miquel, V. Henri, Miquel.

Küch et Retchinsky ayant montré que le rendement en rayons ultra-violets augmentait avec la température de la lampe, Gaiffe et la Compagnie Westinghouse plaçaient leur lampe au-dessus d'une mince couche d'eau à stériliser, afin d'éviter tout refroidissement.

Courmont et Nogier ont constaté que dans ces conditions, la lampe de Kromayer a une durée d'efficacité, « une vie » très courte, la principale cause de « mort » étant le dépôt, sur les parois, d'un enduit grisâtre, opaque pour les radiations ultra-violettes, ce qui diminue peu à peu le pouvoir abiotique, jusqu'à le rendre nul. Aussi ont-ils conseillé d'immerger complètement la lampe dans l'eau, ce qui rend l'utilisation de son pouvoir stérilisant beaucoup plus parfaite. La vie d'une telle lampe est d'au moins 8.000 à 10.000 heures, avant que son pouvoir abiotique ne commence à varier.

Bordier a d'ailleurs montré récemment qu'une lampe refroidie peut émettre autant de rayons ultra-violets qu'une lampe chaude, si l'on consomme davantage de courant électrique ; la dépense est bien un peu plus élevée, mais la meilleure utilisation de la lampe la compense largement.

L'immersion de la lampe est actuellement, au point de vue économique, le procédé de choix qui est déjà employé dans quelques villes, en particulier à Lunéville où il a été la cause des récents incidents. L'eau ainsi purifiée n'est pas sensiblement modifiée au point de vue chimique, sa saveur et son odeur ne sont pas altérées. Quelque attrait que présente ce procédé, il n'est pas encore à l'abri de toutes les critiques et Bonjean ne croit devoir le conseiller qu'avec des restrictions ; sans partager son pessimisme, il faut bien reconnaître qu'il ne peut s'appliquer qu'à des eaux limpides et incolores, les moindres particules en suspension constituant de véritables écrans arrêtant les radiations microbicides : aussi en est-on réduit en général à n'employer que des eaux préalablement filtrées.

Quoi qu'il en soit, sans entrer davantage dans les détails techniques des méthodes et des appareils employés, nous pouvons dire qu'à une époque où la physique et la chimie se tournent de plus en plus vers l'étude et l'utilisation de l'énergie radiante, la stérilisation des eaux potables par les rayons ultra-violets semble être, par sa rapidité, sa commodité et son prix de revient extrêmement bas, malgré ses imperfections inhérentes à toute méthode encore à ses débuts, le véritable procédé de l'avenir

V. VOLMAR,
Docteur ès-sciences.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'isotonie en thérapeutique (1)

Par MM. Auguste LUMIÈRE et Jean CHEVROTIER.

Il est d'usage dans l'administration des médicaments par voie sous-cutanée d'utiliser, autant que possible, des solutions isotoniques. On obtient de la sorte une absorption plus facile et l'on réduit au minimum les effets douloureux de l'injection.

Chose surprenante, dès qu'il s'agit d'appliquer des solutions médicamenteuses au traitement des muqueuses, la même précaution semble tout à fait négligée.

L'isotonie n'est cependant pas moins intéressante dans ce cas. Qu'il s'agisse d'irrigations nasales, de douches rétro-pharyngiennes, de lavages vaginaux ou vésicaux, d'injections uréthrales, ou encore d'instillations conjonctivales, elle offre d'importants avantages. Elle atténue le traumatisme des muqueuses, elle diminue la sensation douloureuse ; elle permet enfin d'obtenir un résultat thérapeutique meilleur.

Or, en dehors de quelques observations isolées concernant cette question, par exemple celles contenues dans la thèse de Chanoz (2) et celles plus récentes de MM. Uteau et Saint-Martin (3), qui ont appliqué avec succès ce procédé au traitement de la blennorragie, nous constatons que cette méthode ne s'est pas généralisée.

Les causes de cette lacune nous paraissent te-

(1) Note présentée à la Société de thérapeutique.
(2) Thèse de Lyon.
(3) UTEAU et SAINT-MARTIN. — *Revue de thérapeutique*, 1er octobre 1913.

nir aux difficultés que peuvent rencontrer les praticiens à se renseigner sur la tonicité des solutions médicamenteuses usuelles. Tous les traités classiques que nous avons consultés sont, en effet, muets sur ce point.

Nous avons donc pensé qu'il pouvait être utile de donner à ce sujet quelques indications pratiques et dans ce but, après avoir déterminé les points de congélation des principales solutions médicamenteuses à usage externe, nous avons calculé les proportions de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude (1) ou de nitrate de soude à ajouter à ces solutions pour les amener à l'isotonie, c'est-à-dire pour abaisser leur point de congélation à — 0,56, point cryoscopique normal du sérum sanguin.

Pour nous placer aussi près que possible de la réalité, nous avons fait porter nos essais non sur les produits chimiques purs qui ne se rencontrent pas dans la pratique courante, mais sur des échantillons moyens de produits commerciaux prélevés chez les pharmaciens.

Dans le tableau ci-dessous, nous indiquerons tout d'abord la tonicité des dissolutions les plus usuelles.

Acide borique (2), 17 ‰	— 0.56
Alun, 5 ‰	— 0.05
Alun, 10 ‰	— 0.10
Borate de soude, 1 %	— 0.22
Chlorhydrate de cocaïne, 1 %	— 0.12
Chlorhydrate de cocaïne, 1 %	— 0.35
Eau de la Bourboule	— 0.27
Eau de Challes	— 0.05
Eau du Mont-Dore	— 0.10
Eau oxygénée, 1 %	0
Eau oxygénée, 5 %	— 0.12
Eau oxygénée, 10 %	— 0.25
Eau naphtolée, 0.20 ‰	0
Eau naphtolée, 0.40 ‰	0
Eau iodée (I 3 gr. ; KI 5 gr. ; H^2O 1.000)	— 0.10
Formol, 3 ‰	— 0.15
Formol, 10 ‰	— 0.30
Hermophényl, 1 ‰	0
Hermophényl, 5 ‰	— 0.05
Nitrate d'argent, 1/4000	0
Nitrate d'argent, 1/2000	0
Nitrate d'argent, 1/1000	0
Permanganate de potasse, 4 ‰	0
Permanganate de potasse, 1 ‰	0
Protargol, 10 %	— 0.18
Sublimé, 1 ‰	0
Sulfate d'atropine, 1 %	— 0.075
Sulfate d'atropine, 3 %	— 0.25
Sulfate de cuivre, 0.10/30	— 0.025
Sulfate de soude, 1 %	— 0.20
Sulfate de zinc, 0.10/30	— 0.05

Pour élever leur concentration au taux de l'isotonie et atteindre le point cryoscopique de — 0,56, on peut recourir, suivant les incompatibilités, soit au chlorure de sodium, soit au bicarbonate de soude, soit au nitrate de soude.

Les températures de congélation des solutions de ces substances sont les suivantes :

Chlorure de sodium à 1 %	— 0.58
Chlorure de sodium (1) à 9 ‰	— 0.56
Chlorure de sodium à 14 ‰	— 0.80
Bicarbonate de soude à 1 %	— 0.40
Bicarbonate de soude à 14 ‰	— 0.56
Bicarbonate de soude à 20 ‰	— 0.80
Nitrate de soude à 1 %	— 0.40
Nitrate de soude à 14 ‰	— 0.56
Nitrate de soude à 20 ‰	— 0.80

D'après ces données, il est facile de calculer la proportion de sel qu'il convient d'ajouter à une liqueur ayant un point de congélation déterminé pour élever son point cryoscopique à 0,56.

Cette proportion est donnée par la formule suivante :

$$x = \frac{0.56 - \Delta 1}{\Delta 2}$$

dans laquelle 1 Δ représente le point de congélation de la solution hypotonique et 2 Δ le point cryoscopique d'une liqueur diluée à 1/100 du sel additionnel, x représentant le poids en grammes de sel à ajouter pour 100 cc. de liquide.

Si nous prenons, par exemple, une solution dont le point de congélation est — 0,17, nous devrons, pour obtenir l'isotonie, ajouter un poids de chlorure de sodium égal à :

$$\frac{0.56 - 0.17}{0.585} = \frac{0.39}{0.585} = 0 \text{ gr. } 66 \text{ pour } 100.$$

soit 6 gr. 6 par litre — 0,585 étant le point cryoscopique d'une solution de chlorure de sodium à 1 %.

Lorsqu'on remplace le chlorure de sodium par le bicarbonate ou le nitrate de soude, la valeur de Δ 2 devient 0,40.

En reprenant le cas précédent, nous sommes conduits au résultat ci-dessous :

$$\frac{0.56 - 0.17}{0.40} = \frac{0.39}{0.40} = 0 \text{ gr. } 999 \text{ pour } 100$$

Il faudra donc ajouter 9 gr. 99 de bicarbonate ou de nitrate de soude à un litre de solution dont le point cryoscopique est 0,17, pour l'amener à l'isotonie.

Nous indiquons ci-après les additions à faire aux solutions médicamenteuses les plus habituellement employées pour les rendre isotoniques

Chlorhydrate de cocaïne

Chlorhydrate de cocaïne	1 gr. 75
NaCl	0 gr. 75
Eau	100 gr.

(1) Nous donnons volontiers la préférence au bicarbonate de soude lorsque les incompatibilités chimiques ou des contre-indications thérapeutiques ne s'y opposent pas en raison de certains avantages que présentent ces solutions, notamment la faculté de dissoudre le mucus et de déterger les surfaces.

(2) La solution d'acide borique à 35 ou 40 ‰ est hypertonique.

(1) Nous faisons remarquer en passant que d'après ces données cryoscopiques, c'est au taux de 9 pour 1.000 que la solution de sel marin est isotonique et non au taux de 7 pour 1.000, comme on le croit communément.

Chlorhydrate de cocaïne

Chlorhydrate de cocaïne	3 gr.
NaCl	0 gr. 40
Eau	100

Eau de la Bourboule

Eau de la Bourboule	1.000
NaCl	4 gr. 80

Eau de Challes

Eau de Challes	1.000
NaCl	8 gr.

Eau du Mont-Dore

Eau du Mont-Dore	1.000
NaCl	7 gr. 80

Eau iodée { I... 3 gr. ; KI. 5 gr. ; Eau 1.000 c.c.

Eau iodée	1.000
NaCl	7 gr. 80

Hermophényl

Hermophényl	1 gr.
NaCl	9 gr.
Eau	1.000

Hermophényl

Hermophényl	5 gr.
NaCl	8 gr. 70
Eau	1.000

Formol

Formol	10
NaCl	4 gr. 50
Eau	1.000

Nitrate d'argent

Nitrate d'argent	1 gr.
Nitrate de soude	14 gr.
Eau	1.000

Permanganate de potasse

Permanganate de potasse	1 gr.
NaCl	9 gr.
Eau	1.000

Sublimé

Sublimé	0 gr. 25
NaCl	9 gr.
Eau	1.000

Sublimé

Sublimé	1 gr.
NaCl	9 gr.
Eau	1.000

Sulfate de cuivre

Sulfate de cuivre	0 gr. 10
NaCl	8 gr. 25
Eau	30

Sulfate de zinc

Sulfate de zinc	5 gr.
NaCl	9 gr.
Eau	1.000

Formol du commerce	10 gr.
Bicarbonate de soude	6 gr. 5
Eau	1.000

Eau de la Bouboule

Eau de la Bourboule	1.000
Bicarbonate de soude	7 gr. 25

Eau de Challes

Eau de Challes	1.000
Bicarbonate de soude	12 gr. 75

Eau du Mont-Dore

Eau du Mont-Dore	1.000
Bicarbonate de soude	11 gr. 50

Il faut remarquer que pour les collyres, l'isotonie ne correspond plus à —0,56 ; le point cryoscopique de la sécrétion lacrymale étant — 0,80, correspondant à 14‰ de chlorure de sodium ou 20 ‰ de bicarbonate ou de nitrate de soude.

Les formules de ces collyres doivent donc se rapprocher des compositions suivantes :

Chlorhydrate de cocaïne	1
Chlorure de sodium	0 gr. 16
Eau	100

Chlorhydrate de cocaïne	3 gr.
Chlorure de sodium	0 gr. 76
Eau	100

Hermophényl	1 gr
Chlorure de sodium	13 gr. 60
Eau	1.000

Hermophényl	5 gr.
Chlorure de sodium	12 gr. 80
Eau	1.000

Nitrate d'argent	0 gr. 10
Nitrate de soude	8 gr.
Eau	400 c.c.

Nitrate d'argent	0 gr. 10
Nitrate de soude	2 gr.
Eau	100 c.c

Sulfate de zinc	0 gr. 10
Chlorure de sodium	0 gr. 38
Eau	3

Sulfate d'atropine	1 gr.
Chlorure de sodium	1 gr. 23
Eau	100 c.c.

Il convient d'observer que les solutions légèrement hypertoniques sont bien mieux tolérées que les liquides hypotoniques ; il y a donc moins d'inconvénients à dépasser les concentrations que nous avons déterminées qu'à ne pas les atteindre.

La plupart des solutions usuelles étant très hypotoniques et d'une tonicité négligeable parce que très faible, on peut à la rigueur se contenter, au point de vue pratique, de les additionner d'une proportion fixe de 9 gr. de chlorure de sodium ou de 14 gr. de bicarbonate ou de nitrate de soude par litre.

Pour les collyres, le taux de cette addition doit être porté à 14 gr. pour le chlorure de sodium et à 20 gr. pour le bicarbonate et le nitrate de soude.

Il est naturellement préférable de se conformer exactement aux compositions rationnelles que nous avons indiquées ; mais, le médecin ne pouvant à chaque instant se reporter à nos tableaux, ni se livrer à des calculs, il lui suffira, dans la plupart des cas, de se rappeler ces quelques derniers chiffres pour formuler des solutions offrant sensiblement les avantages de l'isotonie.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

Etude bactériologique des bronchites et leur traitement.

A l'heure actuelle, et malgré les très nombreuses recherches tentées à ce sujet, l'étude bactériologique de la bronchite est entourée d'obscurités. Cependant des conclusions et des déductions importantes peuvent être posées et entraîner cliniquement des indications utiles.

Un fait paraît indiscutable. C'est qu'en dehors de tout état maladif, les voies respiratoires, et les bronches en particulier, renferment des agents microbiens nombreux.

Parmi eux, on a signalé d'abord les quatre espèces suivantes qui peuvent acquérir facilement des propriétés pathogènes : le staphylococcus pyogenes (*aureus et albus*), le streptocoque, le pneumocoque, et le pneumobacille de Friedlander. Ces microbes sont peu nombreux, mais qu'il survienne une bronchite de quelque nature qu'elle soit, ils se multiplient et, si l'organisme est affaibli par une cause quelconque, leur virulence s'accroît et ils provoquent des complications redoutables.

Dans les mêmes circonstances pathologiques, si l'on examine les crachats, on y rencontre des espèces nouvelles, des proteus qui sont pathogènes et même pyogènes, un saprophyte dont la forme se rapproche de celle du bacille d'Eberth.

Ce qu'il importe de savoir, c'est que tous ces microbes se retrouvent dans toutes les bronchites (Cornil et Babès) quelles qu'elles soient. Pour Marfan, le pneumocoque existe également dans tous les cas.

Des travaux récents ont permis de préciser un peu mieux, et, d'après Pansini (1), on rencontre constamment les streptocoques dans les crachats, aussi bien dans la bronchite qu'à l'état de santé, ainsi que des sarcines et divers autres microbes qu'il serait trop long de décrire ici.

Frick (2) a isolé et cultivé un bacille spécial qui donnerait d'après lui aux crachats leur coloration verdâtre. C'est un bacille chromogène. De même, il y aurait des bacilles spéciaux *aureus* et *squamosus*, qui donneraient à certains crachats la couleur jaune et orangée.

De toute façon, la notion de la septicité bronchique domine la pathogénie des bronchites et, par suite, les conséquences inflammatoires de cette affection. En clinique, on divise, d'une façon générale, les agents septiques en deux catégories ; les microbes spécifiques provocateurs par leur virulence de maladies déterminées, et les microbes secondaires venant augmenter la purulence et amener souvent les complications graves.

Il ressort de cette notion que le traitement de toute bronchite, quelle qu'elle soit, de toute maladie respiratoire, doit être avant tout et toujours antiseptique. Il doit s'efforcer de diminuer cette septicité locale, d'éteindre sa virulence et d'exercer une action empêchante sur les microbes secondaires dont les effets septiques viennent s'ajouter à l'action des organisations locale et générale des microbes spécifiques.

Que l'on fasse de la médication symptomatique, rien n'est plus louable et il est évident que le malade doit être soulagé sans retard. Mais, donner par exemple, le pantopon, sirop ou comprimés, pour calmer la toux du malade, ne doit pas empêcher de le soumettre aux effets antiseptiques pulmonaires à la fois curatifs et prophylactiques des cachets ou comprimés Roche de Thiocol, par exemple. Il faudra même donner ceux-ci à doses élevées, c'est-à-dire 6 à 8 unités par 24 heures, si l'on veut lutter efficacement contre la septicité locale. Cette action favorable apparaît d'ailleurs en peu de jours et se manifeste par la diminution de la fièvre et de l'expectoration. Sous l'influence des cachets, des comprimés ou du sirop Roche (2 à 8 cuillerées à café par jour) les crachats se fluidifient, perdent leur coloration et deviennent purement muqueux. Cela prouve les effets du remède sur les agents chromogènes et les microbes infectieux. On admet que les microbes secondaires sont les premiers atteints et détruits par la médication et que les agents spécifiques le sont ensuite, mais plus lentement.

En d'autres termes, la notion de la septicité broncho-pulmonaire commande à l'heure actuelle une médication antiseptique. Nous ne croyons pas que les injections intratrachéales d'un principe germicide puissent procurer ce résultat. L'injection ne va guère au-delà de la trachée et ne dépasse pas la bifurcation des bronches. La méthode antiseptique interne par l'administration du gaïacol sulfoné (Sirop Roche) est préférable, parce qu'elle atteint tout l'appareil respiratoire et exerce aussi des effets curatifs et prophylactiques. En outre, l'état général est amélioré et les réactions défensives locales nettement augmentées. Localisation de l'infection, disparition des agents septiques secondaires et enfin, guérison progressive de l'infection spécifique primitive, tel est le résultat de la médication thiocolée interne.

Dr HELLY.

---

(1) *Arch. für Path. Anat. und Phys.*, Bd. CXXII, Hft. 3.
(2) *Arch. für Path. Anat. und Phys.*, Band, CXVI, Hft 2.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Traitement des aiguilles immergées dans les téguments.

Il s'agit d'un cas qui se présente assez fréquemment dans la pratique, et dont le traitement opératoire peut donner de grosses déceptions aux praticiens, s'ils ne prennent pas certaines précautions, que M. C. VIANNAY décrit minutieusement dans la *Prov. médicale*.

Les aiguilles pénètrent généralement dans les tissus au niveau des doigts, de la paume de la main ou de la face antérieure du poignet. La plante du pied recueille celles qui sont oubliées sur les tapis ou les descentes du lit. Enfin, exceptionnellement, une aiguille oubliée dans les draps ou dans un vêtement pénètrera dans une région quelconque du corps.

Le plus souvent, la pénétration est perçue par le patient. Il y a cependant des blessés qui ignorent la présence d'un corps étranger.

On se souviendra que les aiguilles pénètrent habituellement par leur chas, leur pointe étant fixée dans le plancher ou dans l'étoffe, souvent aussi, elles se rompent en plusieurs fragments. Il en résulte que, lorsqu'elles sont enfilées, il ne faut pas tirer sur le fil pour les arracher. On ne réussit qu'à faire souffrir les patients sans résultat.

Il est important de ne pas se mettre à l'aveuglette à la recherche d'une aiguille engagée dans les tissus : cette pratique ne réussit que lorsque le corps étranger est très voisin d'un plan résistant, squelette, qui l'empêche de fuir.

Hors, le cas où l'aiguille septique détermine un abcès au centre duquel on la trouve quand la collection est incisée, on commencera par faire établir deux épreuves radiographiques dans des plans perpendiculaires l'un à l'autre. Il arrivera dans certaines régions que la radiographie, en l'absence de points de repère osseux, donnera de fausses indications et que la recherche n'aboutira qu'à un échec. Dans ces circonstances, on devra être armé pour faire une radioscopie ou une radiographie au cours de l'intervention. On aura soin de placer dans la plaie une pince hémostatique fixée à un lambeau conjonctif ou musculaire et qui constituera le point de repère nécessaire.

Même avec de bons clichés, bien interprétés, le chirurgien fera précéder son intervention d'un examen rigoureux du blessé, et d'une palpation méthodique de la région.

Comme on ignore combien de temps durera la recherche, il est prudent de ne l'entreprendre que sous anesthésie générale. Si le chirurgien a l'habitude d'opérer ganté, il commencera ainsi son intervention; mais dès qu'il parviendra dans la région où doit se trouver l'aiguille, il retirera ses gants afin de mettre en activité toute sa puissance tactile, plus indispensable ici que l'inspection visuelle. Il évitera de prendre pour l'aiguille des lambeaux de tissu conjonctif ou d'aponévrose qui en donnent souvent l'illusion.

La recherche, même aidée d'une radioscopie faite au moment même, « peut rester infructueuse. » On poura s'aider de l'électro-aimant de Moreau, employé pour l'extraction des corps étrangers de l'œil. Enfin, en cas d'insuccès, il faut se résigner à abandonner l'aiguille dans les tissus en attendant son élimination spontanée, ou, à défaut, sa parfaite tolérance par le blessé.

BIBLIOGRAPHIE

Les bronchites chroniques. Leur traitement, par les docteurs Antoine Florand, médecin de l'hôpital Lariboisière, Max François, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Antoine, et Henri Flurin, médecin des Eaux de Cauterêts. 1 volume in-8° de VIII-351 pages. Prix : 4 francs.

Beaucoup de maladès, et malheureusement aussi de médecins, considèrent les bronchites chroniques comme des affections plus gênantes que graves, d'ailleurs à peu près incurables et ne méritant pas qu'on s'y arrête. Malgré leur apparente bénignité, les inflammations chroniques des bronches sont souvent des maladies sérieuses; certaines d'entre elles sont intéressantes surtout au point de vue séméiologique, d'autres au point de vue social ; d'autres, enfin, par l'évolution progressive vers laquelle elles tendent fatalement lorsqu'on les abandonne à elles-mêmes. Or le médecin n'a pas le droit d'assister impassible à cette évolution ; le traitement des bronchites chroniques demande beaucoup de soin et de patience, mais, lorsqu'il est bien conduit, il peut entraver le développement des lésions broncho-pulmonaires et, dans certains cas, amener la guérison complète. Pour qui sait utiliser à bon escient les substances mises à sa disposition par la pharmacopée, les vaccins autogènes de Wright, la médication des eaux minérales sulfureuses, bien peu de bronchites chroniques restent au-dessus des ressources de l'art.

C'est pourquoi les auteurs ont voulu réagir contre le fatalisme résigné des malades et des médecins, et ont voulu montrer dans cet ouvrage d'une grande portée pratique, comment, par une bonne thérapeutique, appuyée sur un diagnostic précis, il est toujours possible de guérir ou de soulager les inflammations persistantes des bronches.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de cet ouvrage aux médecins praticiens, qui ont besoin d'*indications cliniques nettes*. Or ce travail a été écrit par des cliniciens pour des cliniciens. Nous ne pensons pas qu'il puisse lui être adressé de plus bel éloge.

R. M.

CORRESPONDANCE

L'exercice illégal par les religieuses

Je viens de lire la diatribe (candide ou cynique comme vous le dites si bien, ni l'une ni l'autre manière ne lui fait honneur) de M. le pharmacien Le Gallic d'Urmel, qui peut être un brave homme, mais qui, à ce qu'il me semble, n'est point notre homme et aimerait beaucoup manger du médecin à tous ses repas.

Il me permettra de lui indiquer un champ d'action merveilleux où il pourra à son aise dépenser son énergie et sa sagacité.

Notre pays de Bretagne est infesté de religieuses exerçant en grand et dans la plus parfaite tranquillité l'art de la médecine et de la pharmacie ; non seulement elles l'exercent dans les communes dépourvues de pharmaciens ou de propharmaciens, mais encore à la porte, à la barbe et au nez des uns et des autres, et je vous prie de croire qu'elles se réservent le meilleur morceau ! ! Ces « illégales » sont le fléau de la médecine et de la pharmacie en notre pays. Je ne nourris à l'égard de leur habit aucune hostilité, bien au contraire, mais je ne vois pas pourquoi, plus qu'aux autres empiriques, on laisserait à ces dames la liberté de violer la loi et de fouler aux pieds nos droits les plus élémentaires. C'est de ce côté que devraient tendre les efforts des pharmaciens : voilà pour eux de la bonne besogne. Qu'ils s'unissent donc, qu'ils fassent appliquer sévèrement la loi par la voix de leurs Syndicats : ils auront avec eux tous les médecins qui ne se rabaissent point aux petits calculs plus ou moins propres et qui ont à cœur la défense de leur profession contre tout illégal, quel qu'il soit. Nous sommes exploités par les religieuses qui dépassent les limites de leur rôle et dont le manque de scrupules égale au moins l'ignorance.

Tous les pharmaciens et médecins (ou à peu près, car il est étrange de constater qu'il en est parmi nous qui sont à la remorque des religieuses devant lesquelles ils s'inclinent) se plaignent de leur concurrence déloyale. N'y a-t-il pas là un terrain d'entente, sur lequel tous, abstraction faite des convictions personnelles, nous pourrions nous associer pour la défense de nos intérêts corporatifs ? L'exercice illégal de la pharmacie par les religieuses étant réprimé, du même coup l'exercice illégal de la médecine le sera, et alors, la clientèle médicale nous nourrissant, nous abandonnerons aux pharmaciens (et avec quel bonheur !) le soin de manipuler le mortier et de doser les mélanges.

Voilà le sujet, je crois, vraiment intéressant sur lequel M. Le Gallic d'Urmel pourrait, à notre grande satisfaction, faire couler beaucoup d'encre

et amener l'union entre médecins et pharmaciens au lieu de les diviser. Nos deux professions ne se touchent-elles point de près et ne devrions-nous pas nous tenir la main dans la main pour tomber sus aux illégaux, à cornette ou non ?

Ce faisant, nous servirions nos intérêts et les intérêts des malades. Un pharmacien ne me racontait-il pas un jour qu'il avait reçu, d'une religieuse, une commande de cent grammes d'ergot de seigle ?

Il est à présumer que plus d'un fœtus eut à se plaindre de la médication intempestive de la religieuse ! ! !

Dr T...

L'exercice illégal par les curés.

Au sujet de votre article sur les empiètements des pharmaciens, venant après ceux des divers empiriques, charlatans et sorciers de toutes sortes, je vous envoie le « petit poulet » suivant adressé par un curé à un médecin de notre ville qu'il est chargé de remplacer dans sa commune.

Dégustez et savourez :

La nommée Maria P..., épouse de P. (Alexandre) est fortement courbaturée ; température : 39°5, céphalalgie, embarras gastrique, constipation, légère congestion du poumon droit. Crachat peu fréquent.

Prière à *M. D... de nous envoyer* : 1° de la farine de moutarde ; 2° de la farine de lin ; 3° potion kermatisée ; 4° quelques cachets de quinine-antipyrine ; 5° quelques cachets laxatifs-désinfectants ; 6° 1 flacon d'huile de ricin.

P.-S. — Prière d'indiquer pour le tout le mode d'emploi.

Vous seriez bien aimable de me renvoyer ce billet — j'allais écrire l'ordonnance — car ce curé en fait beaucoup ; j'en ai gardé une pendant quelque temps à titre de curiosité parce qu'elle contenait une potion avec dix centigr. de dionine (un centigr. par cuillerée).

Celle que je vous envoie est passée par le médecin parce qu'elle est destinée à un indigent assisté, et qu'elle doit être inscrite sur un papier administratif.

Malgré les agissements des curés et autres parasites, je vous approuve hautement de vous intéresser au sort des médecins en général et de chercher les moyens d'améliorer le sort des plus dignes d'intérêt, de ceux qui peinent beaucoup tout en gagnant peu, des petits médecins de campagne.

Mais qui trouvera la solution de ce problème ? Et d'abord y en a-t-il une ou plusieurs, applicables selon les circonstances ?

Je prends la liberté de vous en soumettre une que j'ai mise en pratique.

Résumons les données du problème d'après des derniers numéros du *Concours* :

1° Les médecins de campagne sont enclins à faire de la pharmacie pour augmenter leurs ressources et pouvoir vivre et élever honnêtement leur famille ;

2° Les pharmaciens se plaignent de plus en plus de cette concurrence.

Eh bien ! pourquoi le médecin qui a décidé ou de succéder à son père ou à son oncle, ou plus simplement qui veut exercer à la campagne, ne se munirait-il pas du diplôme de pharmacien pour pouvoir faire de la pharmacie en toute tranquillité ?

Je crois que l'avenir est là. Dr B...

Réponse.

Très suggestive, l'*ordonnance* (!) du Ministre de Dieu. Mais expliquez-nous donc comment il peut se trouver un confrère pour sanctionner en quelque sorte de son visa ce fait patent d'exercice illégal, parce qu'il s'agit d'un assisté ? Ce confrère commet un acte nettement antidéontologique d'une part, et d'autre part, ce dont il ne se doute certainement pas, il se rend complice de l'illégalité commise et pourrait être poursuivi et condamné de ce chef. (Voir : Loi du 30 novembre 1892, titre V, art. 16, § 3.)

En ce qui concerne la crise médico-pharmaceutique, nous sommes complètement de votre avis. Nous allons même plus loin que vous et nous généralisons en demandant la fusion des deux diplômes en un seul : l'unicisme professionnel. La santé publique n'y perdrait pas, au contraire, et les exercices illégaux de la médecine par les pharmaciens et de la pharmacie par les médecins n'existeraient plus.

Le transport des hospitalisés à 40 kil. de Paris.

Mme L..., de la commune de M., amenée à l'Hôpital de M., le mardi 3 mars à 5 h. 30 du soir.

Certificat d'admission du médecin du 28 février ; visa du maire le 1er mars : on a donc attendu deux jours pour l'amener.

Un homme du pays, son neveu, ayant à conduire un veau à l'abattoir de Meaux, l'a amenée dans sa voiture.

On a vu entrer dans l'hôpital, pêle-mêle dans une carriole, une malade atteinte d'une cardiopathie grave et le veau !!!!

Commissions administratives des hôpitaux, gare aux procès !

En qualité de membre du « Sou médical », je vous serais reconnaissant de me renseigner sur le point suivant :

Un médecin de l'hôpital d'une petite localité voisine de ma résidence m'appelle comme chirurgien spécialisé pour examiner dans son service un accidenté du travail (fracture compliquée de la jambe

avec interposition musculaire et issue d'un des fragments).

La réduction sanglante de la fracture s'imposait ; d'autre part, le confrère n'est pas chirurgien et dans les cas un peu importants, il fait de temps à autre appel à moi-même pour ses indigents à l'hôpital.

Dans le cas particulier, il me signala que l'agent de la Compagnie d'assurances avait déclaré et écrit ne vouloir payer que les 3 fr. 50, tout compris, disant que le blessé étant hospitalisé devait recevoir par les soins de l'établissement hospitalier tous les soins médicaux, chirurgicaux et autres que comportait son état.

Néanmoins, le médecin traitant ayant par lettre recommandée prévenu le patron et la Compagnie d'assurances de la nécessité de l'intervention d'un chirurgien de profession, j'ai opéré le blessé.

N'étant nullement attaché à l'établissement hospitalier en question, ne pensez-vous pas que je puisse poursuivre le recouvrement de mes honoraires ?

Le tarif Dubief prévoit l'intervention de certains spécialistes sur avis écrit du médecin traitant.

Le blessé, en principe, n a-t-il pas d'ailleurs toujours le droit de choisir son médecin ?

Dans ma note, puis-je compter l'indemnité de déplacement : 8 kilomètres, bien qu'il y ait naturellement des médecins dans la ville même où est soigné le blessé ?

Dr J. S.

Réponse.

Par son arrêt du 22 mars 1909, la Cour de Cassation a décidé que l'hôpital devait rémunérer lui-même, avec l'argent des pauvres, le chirurgien étranger qui doit opérer un blessé du travail, soigné à l'hôpital.

Les assureurs ont eu l'habileté de faire adopter par le législateur de 1905 le fameux tout-compris, qui met à la charge de la commission hospitalière tous les frais nécessités par le séjour d'un blessé du travail à l'hôpital. Et c'est le patrimoine des pauvres qui doit payer aux lieu et place des richissimes compagnies d'assurances-accident, lorsque le médecin de l'établissement n'est pas chirurgien et que l'état du blessé nécessite une opération.

Cette situation anormale devient de plus en plus fréquente, car les assurances sans vergogne ne se gênent pas pour faire admettre le plus souvent possible leurs accidentés à l'hôpital. C'est si bon marché ! Et les médecins commencent à se lasser : ils entendent donner leurs soins gratuitement ou presque aux indigents, mais nullement à plus riche qu'eux : les assurances responsables.

Aussi, le Corps médical se retourne-t-il vers les commissions administratives des hôpitaux, pour leur dire que, puisqu'elles sont assez naïves pour se laisser exploiter par les assureurs, les médecins n'entendent plus se laisser faire. Et puis-

que les commissions administratives n'ont pas voulu comprendre le danger du « tout-compris », puisqu'elles ne mettent aucune bonne volonté pour démontrer au législateur son erreur, espérant toujours que les médecins hésiteront à réclamer leurs honoraires à l'hôpital, nous devons maintenant passer de la parole aux faits et assigner les Commissions administratives en paiement des honoraires légitimement dus aux chirurgiens étrangers à l'établissement hospitalier.

En conséquence, envoyez votre note, avec indemnité kilométrique, à la Commission administrative de l'hôpital, car le médecin de service a bien agi pour le bien de son malade et de la commission administrative responsable (à cause du tout-compris »).

Vous nous tiendrez au courant de la réponse qui vous aura été faite.

Timeo Danaos et... « verba » ferentes !

Alliance d'hygiène sociale.

Comité départemental du Lot-et-Garonne

Siège social, 68, *rue Pont-de-Garonne*, 68, *Agen.*

Agen, le 5 février 1914.

Lettre circulaire au Corps médical en vue de Conférences dans le Département sur l'hygiène rurale.

Monsieur,

Le Congrès d'alliance d'hygiène sociale tenu cette année à Paris avait pour objet : *l'hygiène sociale par l'éducation et l'enseignement.*

M. le Sénateur Bourgeois, président du Comité central et du Congrès, a, dans son discours, mis en relief l'état d'infériorité de la France au point de vue de l'hygiène en général.

Il a fait ressortir que le pays se défendait mal contre l'alcoolisme, la tuberculose, l'absence de natalité.

C'est pour ces causes que la population française ne représente plus que 9 % de la population européenne, tandis qu'il y a un siècle, les Français étaient au nombre de 16 sur 100 Européens.

Pour remédier à cet état de choses, le Congrès a décidé d'inviter les pouvoirs publics et ses comités départementaux à refaire l'éducation publique en matière d'hygiène sociale.

Désireux de réaliser ce programme, le Comité départemental a pensé que *le meilleur éducateur en la matière c'était assurément le corps médical.*

Il a dès lors songé à faire appel : 1° aux médecins *si distingués* et *si dévoués* du département, pour leur demander de faire des conférences publiques sur l'hygiène dans les principales agglomérations ; 2° aux instituteurs et institutrices, pour développer l'enseignement de ces notions ; 3° aux municipalités, pour organiser les conférences et appliquer dans la mesure du possible lse lois et règlements sur la santé publique.

En ce qui vous concerne, Monsieur, *nous ne dou-*



tons pas que vous voudrez vous associer à nos efforts pour sauver la race « menacée, suivant l'expression de M. Bourgeois, dans les sources mêmes de la vie nationale ».

Nous venons donc vous demander si vous ne pourriez pas faire, en 1914, quelques conférences dans votre rayon d'action sur l'hygiène rurale, de nous fixer les lieux et les dates de ces réunions, notre intention étant d'intervenir auprès des municipalités pour qu'elles vous procurent un local et un auditoire sous la présidence du maire ou d'une notabilité.

Veuillez recevoir, Monsieur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le secrétaire général,
CAUDRILLIER,
Inspecteur d'Académie.

Le Président,
BROCK,
Ancien bâtonnier de l'Ordre des Avocat.

P. S.— Nous vous prions d'adresser vos communications à l'un de nous.

Que pense le *Concours* de cet appel au praticien ?

Dr D...

Réponse.

Ce qu'en pense le *Concours* ? Oh ! c'est bien simple. Il faut répondre à l'invitation de l'*Alliance d'hygiène sociale* par une contre-invitation à obtenir du Parlement :

1° Les mesures efficaces propres à combattre l'alcoolisme : limitation du nombre des débits de boisson, prohibition de la vente de certaines liqueurs nettement toxiques, etc. ;

2° Les mesures propres à combattre la tuberculose, dans ses causes sociales : l'alcoolisme, les taudis, les logements insalubres, la misère....

Quand le Parlement aura mené à bien ces tâches, nobles entre toutes, les médecins pourront faire utilement des conférences d'hygiène pratique dans leurs circonscriptions respectives. Mais allez donc conseiller à l'ouvrier de ne pas boire d'alcool, quand, en sortant de vous entendre, il trouvera à la porte de l'école, ou de la mairie, ou du théâtre, le ou les cabarets illuminés *a giorno* et prêts à l'accueillir ! ! !

PARTIE PROFESSIONNELLE

Aux membres de la Mutualité Familiale

Réponse nécessaire.

Nos confrères confondent assez généralement la société de secours mutuels qui délivre des pensions à ses membres dans des conditions d'âge et de participation déterminées, avec l'assurance à primes fixes. La différence entre les deux ordres de sociétés est cependant capitale.

Dans l'assurance, la société traite avec un tiers, et celui-ci, en signant le contrat, fait une affaire qui pour lui, sera bonne ou mauvaise et se soldera, soit par un bénéfice qu'il encaissera, soit par une perte que couvrira un capital de garantie.

Dans la société de secours mutuels, il n'y a pas de tiers, il n'y a pas de capital de garantie, il n'y a pas d'affaire pouvant se solder par une perte ou par un bénéfice : les sociétaires mettent en commun des risques, bons et mauvais, et supportent toutes les conséquences, bonnes ou mauvaises, de la somme de ces risques.

Et c'est pour être toujours informées de leur situation exacte, c'est pour connaître les mesures que cette situation comporte, que les sociétés de secours mutuels rationnelles doivent périodiquement faire procéder à des inventaires actuariels. Une société de secours mutuels *ne peut donner que ce que produisent les versements de ses membres* : si donc elle garantit une retraite d'un chiffre déterminé, ses cotisations sont exposées à varier et, si ses cotisations sont fixes, c'est le chiffre de la pension qui est exposé à des fluctuations.

C'est là une vérité qui ne se peut discuter, et c'est la confusion que je signalais en commençant qui, seule, a pu provoquer certaines récriminations concernant la Caisse des pensions de retraite du corps médical français et certaines craintes concernant la Mutualité Familiale.

D'ailleurs, *une confusion paraît s'être établie entre les deux Sociétés qui pourtant* N'ONT RIEN DE COMMUN.

En ce qui concerne cette dernière société, la seule dont je m'occupe actuellement, il faut remarquer que la totalité des cotisations prévues aux barêmes des combinaisons P (retraite à 60 ans) ou R (retraite à 65 ans) est employée à la constitution des retraites : *il n'est opéré aucun prélèvement pour quelque cause que ce soit* ; il n'y a pas de capital à rémunérer, pas de commissions à verser à des agents, pas de répartition — jetons de présence ou autre — à faire aux administrateurs, dont les fonctions sont gratuites ; il n'y a que des frais de gestion (poste, quittances, imprimés, registres, indemnités pour frais et responsabilité au secrétaire général et au trésorier, dont les employés restent à leur charge.... toutes dépenses indispensables), et ces frais de gestion sont, on le sait, couverts par une surcharge spéciale. Donc si les tables de mortalité employées pour les calculs sont exactes et si le taux prévu de l'intérêt de l'argent ne change pas, les sociétaires sont certains de recevoir la pension prévue par les statuts.

Mais, dira-t-on, le taux de l'intérêt peut baisser ; en outre, l'expérience peut montrer que les tables de mortalité utilisées pour les calculs initiaux ne sont pas conformes à la réalité ; à cela, personne ne peut rien. La seule chose que puisse faire le conseil d'administration, c'est de surveiller attentivement la marche de la société pour être toujours au courant de la situation, et de faire part de cette situation aux sociétaires dès qu'elle paraît se modifier. Chacun d'eux connaît ainsi périodiquement sa situation personnelle qui découle de la situation générale, il sait si ses versements sont suffisants pour lui assurer la pension désirée et peut, en cas de nécessité, prendre les mesures indispensables ; il est, dans tous les cas, *absolument certain de recevoir la pension que ces versements auront produite dans les conditions déterminées par la Mutualité* et, si ses espérances ne se trouvaient pas absolument réalisées, il ne perdrait jamais qu'une illusion.

Cette certitude ne paraît cependant pas suffire à quelques-uns de nos confrères, et les lettres que nous recevons, à la suite d'une publication peut être insuffisamment étudiée, montrent qu'ils seraient désireux d'avoir une certitude absolue quant au chiffre de la pension qui doit leur être servie.

Ce désir dicte son devoir au Conseil d'administration.

L'article 28 des statuts porte *in fine* :

La société se réserve le droit d'user des conditions présentées par la Caisse nationale des retraites.

Le conseil va donc user de ce droit et faire immédiatement étudier la substitution de la Caisse nationale des retraites à la caisse spéciale de chacune des combinaisons P et R pour le service des pensions. Les adhérents de ces combinaisons auront alors toute certitude et pour le quantum de leurs versements annuels, et pour celui de la pension qui leur sera servie.

Peut-être, à un point de vue purement sentimental, le conseil regrettera-t-il que la Mutualité familiale ne garde pas son autonomie de caisse professionnelle mutuelle, mais il estime n'avoir qu'à s'incliner devant les désirs des sociétaires et ne pouvoir assumer moralement la responsabilité d'éventualités contre lesquelles, matériellement, il aurait été désarmé. D'ailleurs, en restant le trait d'union entre ses sociétaires et la caisse nationale des retraites, la Mutualité Familiale conservera le caractère confraternel et amical que tous jusqu'à ce jour se sont plu à lui reconnaître ; elle aura toujours son utilité.

L'étude à laquelle va faire procéder le conseil d'administration demandera forcément un certain temps ; mais que nos confrères se tranquillisent, nous leur en ferons connaître le résultat dès qu'il nous aura été soumis.

A. Gassot.

CHRONIQUE DE LA PRÉVOYANCE

Mutualité Familiale.

A chaque trimestre, je reçois, au milieu des accusés de réception des indemnités envoyées par notre trésorier, un certain nombre de lettres, les unes de remerciements pour le service rendu, les autres d'éloges pour le rôle de bienfaisante solidarité joué par notre association.

Cette année, quelques camarades ont cru, en outre, devoir nous féliciter des résultats de notre propagande : « A la bonne heure ! dit l'un d'eux, vous venez de faire une belle cinquantaine de recrues ; et nous ne savons trop si c'est pour la M. F. qu'il convient de nous en réjouir, ou si ce n'est pas plutôt pour nos jeunes adhérents eux-mêmes, qui seront trop heureux un jour de faire comme nous, aujourd'hui, et de vous remercier de les avoir attirés à nous, tout en se félicitant de s'être laissés faire... ».

Eh bien ! mes chers confrères, votre secrétaire général est loin de partager cet enthousiasme.

Oh ! certes, lui aussi, certainement plus que tout autre, il sait les services rendus ; c'est lui qui, chaque jour, dépouille la correspondance et apprend à partager, à vivre les misères, les angoisses aussi, de tous les malheureux confrères que la maladie met momentanément dans la gêne matérielle autant que morale. Lui plus que tout autre a conscience de la haute portée de l'action bienfaisante de notre Mutualité, et sur ce point certes, il est plus que tous, de vôtre avis, chers camarades reconnaissants.

Mais, loin d'être satisfait d'avoir recruté cinquante nouveaux membres, il reste, au contraire, profondément attristé d'en voir si peu venir à nous !

Un vieux mutualiste, qui n'est pas médecin, mais qui sait bien, lui aussi, ce que devrait être toute Mutualité vraie et bien comprise, me disait, il y a peu de jours encore, son étonnement profond de ne nous voir que 1,800 affiliés à la Mutualité familiale : « Il n'y a pas en France, me disait-il en feuilletant mes registres, une seule mutualité qui vaille la vôtre, au triple point de vue administratif, financier et moral. Vous donnez le maximum de sécurité par le minimum d'effort pécuniaire. Vous réduisez au taux infime de 5 % des recettes vos frais d'administration (et je ne sais vraiment pas comment vous faites pour y arriver) ; vous tenez tous vos engagements avec la plus grande largeur d'esprit. Vous allez même jusqu'à fermer les yeux — et je vous en blâme — sur une foule d'irrégularités (je n'ose dire de carottages), onéreuses pour votre caisse, et malgré tout cela, vous trouvez le moyen de maintenir au taux normal vos réserves mathématiques ! Pour quelqu'un, qui comme moi, est de la partie, c'est renversant, et ce que est plus renversant encore, c'est que le monde médical français ne le comprenne pas, c'est que vous ne soyez pas déjà dix mille à la Mutualité Familiale ! »

Moi, qui connais l'individualisme forcené du médecin français, son amour de l'isolement, qu'il appelle pompeusement son « indépendance », moi qui connais bien sa profonde incurie en tout ce qui regarde ses propres intérêts, et aussi sa suspicion innée contre tous ceux qui cherchent son bien malgré lui, fussent-ils *Concours médical*, Syndicats médicaux, Association générale, Mutualité familiale, etc., etc., je ne m'étonne pas du tout, comme mon ami le mutualiste, que nous ne soyons pas Dix Mille..... non.....

Mais réellement, je m'indigne un peu de voir qu'en décembre dernier, j'ai envoyé 250 dossiers, en réponse à 250 demandes de candidatures et d'adhésions, et de constater en regard que, malgré la séance supplémentaire du Conseil de fin janvier, je n'ai eu en fin de compte que 50 adhésions fermes !

Enfin, chers Confrères, à quoi pensez-vous

Quand vous avez, de votre bureau, fait le

gros effort de m'écrire pour me demander les statuts et un dossier, vous aviez bien un peu tout de même l'intention d'adhérer, si possible, à l'une quelconque de nos combinaisons !

Je vous offre M A contre le risque maladie et accidents, P pour une retraite à 60 ans, R pour une retraite à 65 ans, V pour une pension à vos veuves. Il me semble pourtant qu'il y a là matière à faire son choix pour chacun de vous ; ce qui peut ne pas faire l'affaire de l'un, doit faire celle de l'autre, que diable !

Celui-ci, malade, sait qu'il ne sera pas admis à M. A ; mais alors, rien ne l'empêche d'adhérer à P pour assurer ses vieux jours, quand ses rhumatismes, sa goutte ou sa syphilis l'empêcheront de courir les routes et l'obligeront de restreindre sa clientèle et sa capacité de travail. Celui-là qui n'a que son travail pour vivre, craint de mourir jeune, trop jeune pour laisser quelques économies aux siens ; qu'il pense à V et, dès maintenant, prépare pour sa veuve une sécurité contre la misère ! Nous venons de perdre, il y a quelques mois, un camarade qui avait l'apparence de la plus belle santé. Il s'était assuré à tout. Qu'est-il arrivé ? Sa veuve a touché : 1° une indemnité pour les jours de maladie de son mari ; 2° le remboursement d'une somme représentant le total des primes contre-assurées déjà versées qui devaient lui donner à 60 ans une pension de 1.200 fr. ; 3° une pension de 600 fr., pour elle-même sa vie durant, et je vous assure que trois mois avant sa mort, notre camarade était à cent mille lieues de se douter qu'il serait l'un des premiers à faire fonctionner l'ensemble de nos combinaisons.

Devant ces exemples connus, ou tout au moins qui devraient l'être, puisque le *Concours médical* les publie, je me demande comment il se fait que 200 lecteurs et abonnés du *Concours médical* m'aient laissé sans réponse depuis deux mois et aient négligé de remplir les quelques très courtes formalités qui constituent l'établissement de leur dossier d'admission. Qu'une cinquantaine d'entre eux se soient trouvés pour diverses raisons dans des conditions d'irrecevabilité absolue, je veux bien encore l'admettre.

Mais je reste convaincu qu'il y a eu là 150 négligents, d'une négligence vraiment coupable pour eux-mêmes, et c'est à ceux-là que je fais appel en bloc aujourd'hui, en les conjurant de ne pas attendre plus longtemps pour m'envoyer leur adhésion définitive. Ils sont tous aujourd'hui dans les conditions requises pour être admis. Peuvent-ils répondre qu'ils le seront encore dans 6 mois, dans 3 mois, et que leur santé, bonne encore, ne sera pas à jamais compromise après la rude campagne d'hiver qu'ils sont en train de traverser ?

Alors, pourquoi attendre ?

Les primes sont trop chères, disent quelques-uns. Ce n'est pas vrai.

Je prétends que le mutualiste ouvrier qui paie 18 fr., par an à sa Société de secours mutuels pour avoir trente sous par jour en cas de maladie, quand il gagne 1.200 à 1.500 fr. par an en moyenne, fait un sacrifice autrement lourd que le médecin qui paiera 60 fr., de prime annuelle pour avoir ses 10 fr., par jour, ses 1.200 fr. par an en cas d'invalidité chronique, alors que lui gagne, bon an mal an, ses 8.000 fr. à 10.000 fr

Non, chers confrères, les primes ne sont pas trop lourdes. Chez nous, elles sont même au dessous du minimum qu'elles devraient atteindre.

Vous n'avez donc aucune bonne raison, aucune pour retarder votre entrée à la M. F.

C'est votre avenir, votre vieillesse, votre situation de demain peut-être qui sont en jeu.

N'attendez donc pas un jour de plus et tous, envoyez-moi vos adhésions et vos dossiers pour le 15 mars prochain

Le secrétaire général,
H. MIGNON.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Le régime normal de M. Mabilleau.

Le grand Bossuet a écrit un superbe livre sur les variations des Eglises protestantes. Nous pourrons écrire à notre tour, mais pas avec le même talent cela va sans dire, un volume sur les variations de M. Mabilleau concernant la question mutualiste.

Je sais bien que l'éminent président de la Fédération Nationale de la Mutualité, que l'éminent vice-président de la Société protectrice des animaux, que l'éminent... etc., pour employer l'adjectif que l'on rencontre à presque toutes les lignes de la presse mutualiste, quand il s'agit du grand apôtre moderne, je sais bien que les variations de M. Mabilleau portent surtout sur les textes plutôt que sur le fond même de la question. Brillant normalien, il manie la phrase française avec une telle habileté qu'il sait vous présenter la même idée sous des formes différentes et toujours attrayantes, dont peuvent être dupes certaines personnes. C'est ainsi que le libre choix du médecin devient, sous la plume de M. Mabilleau le libre choix parmi les médecins agréés. Il rejette l'abonnement dont ne veulent pas les médecins, mais il le remplace par l'abonnement contractuel. En ceci, je dois reconnaître sa bonne foi, son désir de concilier à la fois les intérêts des Mutualistes et ceux des médecins. Je ne doute pas qu'il soit rempli des meilleures intentions, cependant l'enfer, en est pavé, de ces intentions, et pour ma part, je préfère le paradis pour mes confrères, que l'enfer même pavé à la manière de M. Mabilleau.

Après avoir constaté dans un article du *Journal* concernant la question médicale, que le Corps médical n'avait pas été représenté au Congrès de Montpellier, après avoir reconnu que les médecins étaient généralement mal payés, après avoir reconnu la nécessité d'une entente, il s'accordait avec nous à déclarer que ces accords étaient surtout des ententes entre Syndicats locaux et Sociétés locales, et qu'il ne pouvait pas y avoir une formule générale et globale pour toute la France ; il saluait la naissance d'une Commission mixte médico-mutualiste qui établirait la base d'un régime normal ; qui, pour lui, nécessite l'affirmation de quelques principes, tels que celui-ci par exemple : « une association de quelques centaines « ou de quelques milliers de familles qui repré« sentent une clientèle fixe et une rémunération « assurée a le droit de choisir pour les soins ré« guliers, comme le réclament ses membres, plu« sieurs médecins à qui elle impose des conditions « spéciales, comme pourrait le faire un éta« blissement privé ou public, hôpital ou dispen« saire ». J'avais donc raison de dire que M. Mabilleau, président de la Fédération nationale de la Mutualité, vice-président de la Société protectrice des animaux, malgré ses variations de langage, en reste toujours aux mêmes principes : suppression du libre choix du médecin par la création de médecins agréés, par suite, suppression du paiement à la visite, et enfin soins médicaux au rabais.

Je ne veux pas revenir sur cette question de la médecine à la grosse que j'ai déjà traitée dans un précédent article. Si un patron faisant travailler des ouvriers peut établir un prix inférieur pour des marchandises en gros, le médecin ne peut le faire, car il travaille lui-même. Si je fais comme médecin de ville dix visites à 4 francs au tarif ouvrier, je puis faire ma tournée sans frais de locomotion et, par conséquent, toucher mes 40 francs d'honoraires. Si je soigne des mutualistes au rabais, ma visite de 4 francs passe à 2 francs, et je dois faire 20 visites, j'aurai donc des moyens de locomotion qui viendront en déduction de mes 40 francs d'honoraires. Par conséquent, j'aurai dans ce second cas, le double de travail et je toucherai moins puisque je dois déduire de mes honoraires mes frais de déplacement.

M. Mabilleau nous parle également d'une rémunération assurée. J'aime mieux courir les risques de perte d'honoraires. En effet, si dans ma clientèle, j'ai 10 ou 15 % de perte due à de mauvais clients, ne trouvez-vous pas que je serais bien naïf de consentir 30 % de rabais à une Société de secours mutuel qui m'assurera le paiement régulier de mes honoraires réduits de 30 % ? Avec ce système enfantin, j'aurais un déchet de 15 % en plus. Merci bien, M. Mabilleau.

Enfin, si M. Mabilleau nous parle d'un régime normal, il faut bien savoir que pour nous médecins, nous avons également un régime normal. Nos Syndicats ont d'abord décidé que la base de tout traité avec la Mutualité devait être le libre choix du médecin et le paiement à la visite. Si c'est, comme le dit M. Mabilleau, l'affirmation de principes, reste en plus la question d'honoraires. Il est un point qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le médecin doit établir avant tout le prix de revient de la visite médicale, et c'est sur ce prix de revient seul, qui est pour nous le régime normal, que l'on peut établir une réduction si l'on juge qu'il y a réduction à faire. Un commerçant qui ne tient pas compte de ce principe, qui vend ses marchandises au-dessous du prix de revient, arrive fatalement et rapidement à la faillite. La même chose existe pour les médecins. Si nos confrères consentent un rabais à la Mutualité au-dessous du prix de revient de la visite, ils arriveront aussi rapidement à la faillite pour eux et pour leur famille. Ils viendront ainsi grossir le nombre des milliers de prolétaires médicaux qui assiègent nos sociétés de secours, pour réclamer une aumône qu'ils auraient évitée, s'ils avaient su faire valoir leurs droits à l'existence pour eux et pour les leurs. Puisque M. Mabilleau veut faire des médecins des marchands de soins médicaux, que nos confrères veuillent bien profiter des règles établies dans le commerce pour faire le départ des frais généraux et des bénéfices de la profession. L'avenir de la profession médicale est là.

Dr M. VIMONT.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

La loi sur la vaccination obligatoire est-elle bien appliquée ? (1)

Par M. le Dr L. CAMUS.

Les derniers rapports officiels de l'année 1912 relatifs à la vaccine viennent d'être réunis ; le régime institué par la loi du 15 février 1902 se trouve donc avoir aujourd'hui dix ans révolus. Il m'a semblé intéressant de parcourir l'ensemble des dossiers de cette première période décennale et d'en extraire quelques documents qui permettront d'apprécier les résultats obtenus.

J'ai mis en tableau, par département et aussi complètement que possible, la totalité des opérations vaccinales pratiquées chaque année dans les séances publiques. Les retards apportés dans l'application de la loi du 15 février 1902 n'admettent guère de

(1) *Gazette Médicale de Paris.*

comparaison qu'entre les résultats de ces quatre ou cinq dernières années et, même dans cette dernière période, les documents fournis sont encore incomplets.

Cette absence de documents ne permet pas de totaliser les opérations d'une même année et de donner pour la France entière une vue d'ensemble sur l'augmentation ou la diminution des vaccinations ; les seuls chiffres que l'on puisse produire sont ceux de 1.480.199 vaccinations pour 1911 et 1.522.109 pour 1912.

Il est tout à fait impossible d'estimer la proportion des succès des opérations pratiquées ; *le contrôle, d'une façon générale, laisse trop à désirer de tous côtés.*

La proportion des réfractaires ne peut pas non plus être déterminée exactement ; on ne connaît ni le nombre des personnes vaccinées à domicile, ni *celui des inscrits qui refusent de se soumettre à la loi.*

Les dépenses entraînées par les opérations vaccinales ne peuvent être appréciées par les documents fournis à l'Académie, mais la statistique du ministère de l'Intérieur nous apprend que ces dépenses ont été (non compris le département de la Seine) de :

1.117.633 fr. 19 en 1907
850.279 fr. 34 en 1908
875.633 fr. 49 en 1909
877.977 fr. 04 en 1910
890.583 fr. 76 en 1911
903.737 fr. 69 en 1912

En regard de ces chiffres, nous pouvons placer ceux de la mortalité variolique qui a été de :

2.679 en 1907
171 en 1908
87 en 1909
78 en 1910
70 en 1911

Si l'on s'en tenait à ces derniers résultats, on devrait se montrer assez satisfait. Or, en étudiant la marche de la vaccination dans chaque département, une toute autre impression se fait jour et engage à solliciter la mise en œuvre de moyens qui permettront d'arriver à une meilleure application de la loi.

J'ai figuré sur une carte de France pour chaque département la marche de la vaccination en ne tenant compte que de l'augmentation ou de la diminution du nombre des opérations par rapport à celui de l'année précédente. En vert, j'ai représenté les augmentations, et en brun les diminutions. Cette carte qui devrait être verte dans son ensemble, présente malheureusement une surface brune assez considérable.

Depuis quatre ans, quatre départements seulement accusent une progression constante dans le nombre de leurs opérations vaccinales, ce sont : l'Allier, les Ardennes, l'Aude et le Rhône. Paris est également en progression constante depuis trois ans.

Depuis cinq ans, *huit départements* n'ont eu *qu'une seule année une diminution de leurs vaccinations et douze départements en ont eu deux années.*

Si l'on prend en considération maintenant les départements dont le nombre des vaccinations est en décroissance, on remarquera que trente-quatre de ceux-ci ont eu deux fois un relèvement du nombre de leurs vaccinations et que vingt-et-un départements n'ont eu qu'un seul arrêt dans la décroissance du nombre de leurs vaccinations.

Enfin, sept départements : les Alpes-Maritimes, l'Hérault, le Loiret, la Loire-Inférieure, le Lot-et-Garonne, la Manche et l'Yonne ont accusé une diminution constante du nombre de leurs opérations vaccinales.

La façon dont s'abaisse le nombre des vaccinations est particulièrement intéressante à noter. En effet, en 1911, trente-huit départements présentaient déjà une diminution du nombre de leurs opérations vaccinales par rapport à l'année précédente et, en 1912, le nombre des départements qui accusent un abaissement du nombre de leurs opérations vaccinales s'élève au chiffre de soixante.

De cette statistique ressort avec la plus grande évidence *que la loi sur la vaccination obligatoire n'est pas appliquée comme il convient, et qu'elle l'est de moins en moins.* Les quelques efforts qui ont été faits pendant ces derniers temps sont insuffisants pour triompher de l'inertie générale qui prend une extension de plus en plus considérable et fort inquiétante. Si l'on a pu se réjouir de la diminution très notable, voire même de la quasi-disparition de la variole, on aurait tort d'en attribuer tout le mérite à une scrupuleuse application de la loi sur la vaccination obligatoire. Nous bénéficions actuellement de la protection des vaccinations nombreuses faites antérieurement et surtout des revaccinations régulièrement pratiquées dans l'armée et dans certaines écoles.

Pour se mettre à l'abri des atteintes futures de la variole qui sont grandement à redouter pour une population de moins en moins immunisée, il convient de prendre des mesures qui doivent donner immédiatement un résultat certain.

Parmi celles-ci, nous croyons qu'il convient de recommander :

1° De réveiller et d'entretenir le zèle des instituteurs, des directeurs d'école et des grandes entreprises, des employés subalternes et des médecins chargés de l'exécution de la loi ;

2° De faciliter aux femmes et aux jeunes filles l'accès des séances publiques en leur réservant des salles ou des heures spéciales de vaccination. C'est, en effet, parmi les femmes et les jeunes filles assujetties aux obligations de la loi que l'on relève le plus d'abstentions et l'on a signalé avec juste raison que pour beaucoup d'entre elles, la crainte de la promiscuité, à l'occasion d'une opération qui exige l'enlèvement du vêtement, peut expliquer leur éloignement des séances publiques ;

3° Enfin, d'introduire d'urgence une modification dans la procédure suivie pour les sanctions ; il importe de décharger les maires du soin de veiller à l'exécution de la loi et de donner cette attribution

aux préfets qui, régulièrement, transmettront aux tribunaux de simple police la liste des assujettis qui n'auront pas satisfait à la loi dans les délais prévus.

***

La loi sur la vaccination obligatoire n'est pas appliquée comme il convient et ne donne pas le maximum de résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Remarquez que le même reproche a été fait, et depuis longtemps, à la loi sur l'instruction primaire, *laïque, gratuite et obligatoire* qu'on s'occupe actuellement, au Parlement de modifier et, qui n'a jamais eu qu'une application limitée, parce que les sanctions qu'elle comporte sont entre les mains des maires, magistrats issus du suffrage universel, et préoccupés avant tout de ne point mécontenter leurs électeurs, afin d'assurer leur réélection.

La même remarque peut être faite également, et pour les mêmes motifs, à propos de la loi Roussel.

Il y a lieu, par conséquent, de décharger les maires du soin de veiller à l'exécution de ces différentes lois.

Mais, quand elles mettent en œuvre le médecin, il y a lieu d'autre part de chercher à éviter que celui-ci soit placé entre son intérêt particulier et l'intérêt de la collectivité dont, pour une fonction déterminée, il se trouve le mandataire. Or, la nature même des gens et des choses appelle fatalement, en bien des circonstances, le conflit d'intérêt qu'il faudrait éviter.

En ce qui concerne la vaccination obligatoire, c'est en réalité le médecin vaccinateur qui se trouve implicitement transformé en dénonciateur des assujettis, qui ne se seront pas conformés aux exigences légales.

S'il exerce la médecine, il lui arrivera de se trouver dans le cas de remplir sa fonction officielle dans sa propre clientèle. Si dans celle-ci se trouvent, comme la chose est probable, des assujettis qui se refusent à se soumettre aux obligations légales, on peut admettre que le vaccinateur fera tous ses efforts pour les ramener à de meilleurs sentiments. Et s'il échoue ? Passera-t-il outre et signalera-t-il à qui de droit les délinquants ? Ou bien au contraire, fermera-t-il les yeux et signera-t-il un rapport concluant au mieux-être dans le meilleur des mondes ? Dans le premier cas, il court le risque de mécontenter ses clients et de s'en faire des ennemis ; dans le second, il ne remplit pas le mandat qui lui a été confié et qu'il a accepté.

Le maire, de son côté, évitera de requérir ou d'appliquer des sanctions contre ses administrés, ses électeurs. Et voilà pourquoi la loi sur la vaccination obligatoire est mal appliquée.

Supposons que le vaccinateur soit un docteur en médecine mandaté par l'administration et n'exerçant pas, il ne sera hanté par les mêmes préoccupations et — étant bien entendu que l'assujetti aura toujours le droit de se faire vacciner ou revacciner par le médecin de son choix — il n'hésitera pas à signaler tous ceux qui ne se seront pas présentés eux-mêmes à la séance, ou qui ne lui auront pas fait remettre un certificat de leur propre médecin, constatant qu'ils ont obéi à la loi. La conclusion s'impose.

G. D.

CHRONIQUE SYNDICALE

Un appel qui vient d'en haut..

M. le professeur Albert Robin a publié dernièrement, dans le *Journal des Praticiens*, un article auquel nous empruntons les lignes suivantes.

M. Albert Robin est président du Syndicat des médecins des stations balnéaires et climatiques, et les questions professionnelles lui sont très familières.

Si la médecine officielle, à laquelle il appartient cependant d'autre part, professait sur les sujets qui intéressent et passionnent les praticiens des idées analogues à celles du professeur de clinique thérapeutique, on peut tenir pour assuré que le fossé dont il parle dans son article ne tarderait pas à se combler pour le plus grand profit de tou s

Poursuivant tous le même but, qui est le soulagement des misères physiques de l'humanité et la dignité morale de la corporation, les médecins ne devraient former qu'une grande famille étroitement unie pour la réalisation de ces objectifs.

Est-ce à dire que ce but soit si difficile à atteindre ? Je ne le crois pas, car s'il est le même pour nous tous, nos intérêts aussi sont liés de la même manière. Tous, nous avons le devoir de lutter contre le fonctionnarisme que les Etatistes tendent à nous imposer par des moyens indirects, et contre ce qui peut abaisser la dignité professionnelle, en portant atteinte à la conscience et à la liberté du médecin. Tous, nous avons le devoir de maintenir et d'accroître la légitime considération qui s'attache à l'exercice de notre fonction, et de protester contre les charges dont on projette de l'accabler davantage.

Nous ne réussirons que par l'union, mais à la condition que celle-ci s'effectue sur le terrain des intérêts généraux du public et de la Corporation, en faisant abstraction des intérêts personnels et de ces mesquineries de groupements qui finissent toujours par percer au dehors, au grand détriment de notre considération. S'entendre sur ce qui unit, écarter ce qui divise, tel est notre programme. Et comme ce qui nous unit concourt au

plus grand bien de tous, et que ce qui nous divise est fait de petitesses qui ne profitent à personne, il suffira, pour toucher le but, de regarder un peu plus autour de nous et un peu moins au dedans de nous-mêmes.

***

On objectera que la première chose à faire serait de combler le fossé — d'autres disent l'abîme — qui sépare le corps enseignant, ou ce que l'on appelle encore la Médecine officielle, du Corps des praticiens.

Fossé, peut-être, mais abîme, non. En tout cas, ce fossé est beaucoup moins profond qu'il n'en a l'air, et il semble qu'on peut facilement le supprimer.

Examinons la question d'une façon impartiale.

Quels sont les griefs des praticiens contre les officiels ? Ils leur reprochent d'être trop distants d'eux, de ne pas s'intéresser à leurs doléances, de former des castes qui semblent ignorer les associations professionnelles et enfin, de constituer un Mandarinat, en se recrutant par des modes de concours qui n'ont même pas l'apparence de la justice.

Je passe condamnation sur les concours et j'admets que leur seule épreuve décisive consiste dans le tirage du jury. Je demeure donc non l'adversaire des concours, mais l'adversaire de leur mode actuel et je demande, avec les praticiens et avec nombre de candidats, qu'il soit réformé par un procédé quelconque, de façon à en assurer l'intégrité. Ce procédé n'est pas introuvable. Jadis, j'ai proposé un système qui couperait court à tous les népotismes dont on se plaint si justement (1). Qu'on adopte celui-ci ou un autre, qu'importe, si la justice du concours est assurée. Un concours juste demeurera toujours le mode de recrutement le plus digne et le plus sûr, puisque, malgré les graves imperfections — pour ne pas dire plus — les concours actuels ne laissent passer qu'un minimum d'hommes de moindre valeur et que leur défaut capital est de barrer la route, par suite du petit nombre des élus, à des hommes qui auraient pu briller parmi les meilleurs.

Ceci dit, reconnaissons que la médecine officielle se tient trop à l'écart des associations professionnelles, mais constatons aussi qu'elle est loin de les considérer comme une quantité négligeable, témoin le vote récent de l'Académie de médecine qui a adopté, à propos de la loi sur la vente des substances vénéneuses, le vœu émis par le Syndicat des médecins de la Seine.

Parmi les officiels, il en est beaucoup plus qu'on ne croit qui s'inquiètent des questions professionnelles, chez qui l'esprit dit universitaire n'est qu'en surface, et qui seraient tout disposés à prendre contact avec les Syndicats pour mieux connaître les besoins des praticiens et les aider dans leurs revendications, à la condition que celles-ci ne s'inspirent que de l'intérêt général.

(1) Voir : *Journal des Praticiens* des 30 mars et 13 avril 1912.

***

L'intérêt général seulement, telle est la formule d'apaisement et de concorde, formule que nous, médecins, devons mettre en pratique dans le plus bref délai à l'encontre des assemblées politiques où les intérêts de partis priment ceux de la nation.

L'Union des Syndicats médicaux de France, en émettant un avis unanime sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, sur la question du secret professionnel vis-à-vis des administrations publiques et sur le programme du prochain Congrès des praticiens, entre résolument dans cette voie des intérêts généraux du public et du corps médical.

En effet, ce programme, qui a pour objet d'étudier le rôle que doit jouer le corps médical dans l'organisation de l'hygiène sociale de la défense sanitaire en France, cela dans le simple but d'offrir à l'Etat sa collaboration effective pour la mise au point des lois d'hygiène sociale, ce programme doit et peut avoir l'assentiment de tous, si lors de sa discussion, toutes les opinions peuvent librement se faire jour et si chacun suit, au moment du vote, la voix de sa conscience, en s'élevant au-dessus de ce qu'il croit être son intérêt du moment. Toute délibération prise à l'unanimité donnerait au corps médical une force contre laquelle rien ne pourrait prévaloir.

***

....

Ce qu'un très modeste syndicat a fait, les médecins unis peuvent le centupler, car rien n'arrête un mouvement d'opinion qui n'a pour mobile et pour objectif que le plus grand bien de tous.

Nous avons une belle tâche à commencer. A une époque où l'arrivisme devient l'un des dogmes de la jeunesse, et où la capitulation des consciences s'étend comme une tache d'huile, par une sorte de contagion de la politique et en vertu de la psychologie des foules, demandons au corps médical de réagir.

Redressons-nous, et la main dans la main, dédaigneux des inimitiés, des jalousies et des vaines querelles, marchons tous, cœurs hauts et unis, vers l'idéal réalisable de la justice et de la vérité. Et comme les médecins sont, à leur manière, des conducteurs d'hommes et des champions d'idées, opposons aux tendances démoralisatrices qui envahissent la Société contemporaine l'exemple contagieux, lui aussi, de notre union pour le plus grand profit de tous. Cette politique — si toute-

fois le mot est applicable à un élan — la politique du bien général est la seule qui soit féconde, puisqu'en servant les intérêts de tous, elle ne peut manquer de satisfaire aussi ce qu'il y a de noble et de juste dans nos intérêts personnels.

Albert ROBIN.

STATISTIQUE DÉMOGRAPHIQUE

Etude sur la morti-natalité dans les villes de France pendant la période décennale de 1896 à 1905 (1).

Dans les justes efforts tentés depuis quelques années pour lutter contre les causes de la dépolation, l'attention s'est plus particulièrement portée sur la mortalité infantile.

La grande mortalité de l'enfance du premier âge est en effet un des facteurs les plus importants parmi ceux qui concourent à la dépopulation et un de ceux qu'il est le plus facile de modifier par la création des œuvres d'assistance et de protection.

C'est lorsque les statistiques nous ont eu démontré l'importance capitale de cette mortalité infantile, que les pouvoirs publics et les œuvres privées s'en sont activement préoccupés, et tout le monde connaît les heureux résultats déjà obtenus dans ces dernières années.

Mais, à côté de la mortalité infantile, il est un autre facteur, d'une importance certainement moindre, mais qui cependant joue également un rôle dans l'importance question de la dépopulation, c'est celui de la *morti-natalité*. Question qui, jusqu'à aujourd'hui, ne nous paraît pas avoir suffisamment appelé l'attention.

Nous avons cru intéressant de rechercher quelle pouvait être, dans les différentes villes de France, l'importance de ce facteur.

Que doit-on entendre par *morti-natalité* ?

Au point de vue purement grammatical et physiologique, un mort-né est un enfant arrivé à l'âge de la viabilité et qui a succombé avant sa naissance, c'est-à-dire qui n'a pas respiré.

Mais au point de vue des statistiques que nous avons pu avoir à notre disposition, cette définition doit être un peu modifiée.

En France, les registres de l'état civil inscrivent sous le nom de mort-nés les enfants qui sont décédés avant d'avoir été déclarés.

Or, comme la loi concède un délai de trois jours, pour l'inscription de l'enfant après sa naissance, le nombre des mort-nés proprement dits s'accroît du nombre des enfants qui succombent pendant l'accouchement, bien que quelques-uns aient respiré, et enfin des enfants décédés entre le moment de leur naissance et celui de leur inscription sur les registres de l'état civil.

Il serait à désirer que, ainsi que cela se pratique dans quelques nations étrangères (Belgique, Italie), les statistiques officielles mentionnent s'il s'agit d'un mort-né véritable, d'un enfant ayant succombé pendant l'accouchement ou dans les heures qui l'ont suivi.

Il serait également très important, au point de vue de la comparaison des statistiques, de fixer l'âge de la vie intra-utérine à partir duquel un fœtus doit être déclaré comme mort-né. Il semble que ce n'est qu'à partir de l'âge légal de la viabilité, c'est-à-dire après six mois de vie intra-utérine, les produits moins développés devant être considérés comme des embryons.

Je sais bien qu'il n'est pas très facile de fixer dans bien des cas l'âge de la grossesse, mais en tenant compte de ce fait généralement accepté par les accoucheurs, qu'un fœtus de six mois mesure 25 centimètres et pèse environ 1.500 grammes, et en n'inscrivant comme mort-nés que les fœtus au-dessus de ces dimensions et de ce poids, on arriverait à donner aux statistiques relatives à la *morti-natalité* une rigueur scientifique bien supérieure à celle qu'elles présentent aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit de ces petites imperfections des statistiques officielles, comme, en France, elles sont communes à tous les registres de l'état-civil, nous estimons qu'elles ne doivent pas avoir une très grande influence, au point de vue de la comparaison des résultats que nous avons obtenus dans les différents groupes de villes — et nous avons considéré comme mort-nés les enfants inscrits sous cette dénomination sur les registres de l'état-civil que nous avons eus à notre disposition, ou sur les relevés qui en ont été publiés sous le contrôle du ministère de l'Intérieur.

Quand on veut se rendre compte de l'importance de la *morti-natalité* dans une ville, pendant une période donnée, le moyen le plus simple, semble-t-il, est de noter année par année le nombre de mort-nés relevés sur les registres de l'état-civil ; on a ainsi ce que nous désignerons sous le nom de *morti-natalité absolue.*

Cette *morti-natalité absolue* d'une ville peut avoir son importance, mais son intérêt est relatif, quand on veut étudier les causes de cette *mortinatalité*, car il en est une qui intervient fatalement, c'est le nombre d'habitants de cette ville pendant la période que l'on étudie. Pour se soustraire à cette influence, on a pensé à établir la *morti-natalité* dans chaque ville, proportionnellement au nombre des habitants, c'est-à-dire tant de mort-nés pour 1.000 habitants.

C'est encore là une manière intéressante

(1) *Revue Philanthropique.* — XXXIV. 15 décembre 1913.

d'étudier la *morti-natalité*, et l'on verra, d'après les chiffres que nous avons relevés, que la statistique ainsi comprise peut avoir son utilité. Mais dans cette façon d'établir la *morti-natalité*, il y a encore un facteur important qui intervient, c'est la variation annuelle de la natalité générale dans la ville que l'on étudie. Il est certain que si dans une ville le nombre des naissances diminue, la *morti-natalité* va forcément être influencée par cette diminution du nombre des accouchements.

Pour se mettre à l'abri de cette influence, nous nous sommes proposé de rechercher, pour chaque groupe de villes, le rapport entre le nombre des enfants inscrits comme *mort-nés* à celui des enfants qui, pendant la même période de temps, ont été inscrits comme *nés vivants*.

Nous obtiendrons ainsi un chiffre qui sera le coefficient de la *morti-natalité* pour chacune des villes étudiées.

I

Morti-natalité étudiée d'après le nombre d'habitants.

Nous diviserons les villes de France en quatre grandes catégories comprenant :

1° La ville de Paris avec une population de 2.714.068 habitants ;

2° Les grandes villes d'une population supérieure à 100.000 habitants ;

3° Les villes moyennes, de 30.000 à 100.000 habitants ;

4° Les petites villes, de 5.000 à 30.000 habitants,

Et nous étudierons pour chacun de ces groupes la *morti-natalité* pendant la période décennale 1896 à 1905.

Nous trouvons ainsi que le nombre de mort-nés pour 10.000 habitants a été à Paris de :

PARIS

1896	218	1901....	191
1897	209	1902....	190
1898	209	1903....	185
1899	200	1904....	176
1900	198	1905....	173

GRANDES VILLES (plus de 100.000 habitants).

1896	170	1901....	155
1897	164	1902....	159
1898	158	1903....	156
1899	153	1904....	146
1900	154	1905....	143

VILLES MOYENNES (de 30.000 à 100.000 habitants).

1896	147	1901....	135
1897	143	1902....	135
1898	129	1903....	125
1899	134	1904....	123
1900	129	1905....	124

PETITES VILLES (de 5.000 à 30.000 habitants).

1896	129	1901....	119
1897	128	1902....	118
1898	120	1903....	114
1899	115	1904....	112
1900	116	1905....	190

Le fait qui ressort nettement de la lecture de ces tableaux est que la *morti-natalité* calculée pour 1.000 habitants est plus grand à Paris que partout ailleurs. Elle est plus considérable dans les grandes villes que dans les villes moyennes, et surtout, que dans les petites villes

II

Morti-natalité par rapport au nombre des naissances des enfants nés vivants

Les tableaux suivants donnent la proportion des mort-nés par rapport au nombre des enfants nés vivants, pendant la période décennale 1896 à 1905, pour la ville de Paris et pour les trois catégories de villes que nous avons étudiées dans les tableaux précédents.

PARIS

1896	97	1901....	92
1897	95	1902....	94
1898	96	1903....	92
1899	94	1904....	89
1900	92	1905....	92

GRANDES VILLES (plus de 100.000 habitants).

1896	61	1901....	67
1897	69	1902....	70
1898	67	1903....	71
1899	65	1904....	68
1900	69	1905....	68

VILLES MOYENNES (de 30.000 à 100.000 habitants).

1896	64	1901....	62
1897	93	1902....	63
1898	58	1903....	60
1899	61	1904....	60
1900	59	1905....	62

PETITES VILLES (de 5.000 à 30.000 habitants).

1896	56	1901....	53
1897	55	1902....	53
1898	75	1903....	53
1899	52	1904....	52
1900	52	1905....	53

La lecture de ce dernier tableau qui en traduit les données nous paraît particulièrement intéressante.

Elle nous montre, en effet, que pendant la période décennale étudiée (1896 à 1905) le coefficient de *morti-natalité*, c'est-à-dire la proportion du nombre des mort-nés au nombre des enfants

nés vivants, a été constamment supérieur, à Paris, à ce qu'il est dans chaque groupe de villes de population moins élevée ;

Qu'il est plus élevé dans les grandes villes que dans les villes moyennes, et surtout que dans les petites villes.

Un autre fait qui semble ressortir de l'examen de nos tableaux et des courbes qui les traduisent, c'est la constance à peu près absolue du coefficient de *morti-natalité* pour chaque groupe de ville, le coefficient variant très peu d'une année à l'autre.

Nous ne chercherons pas aujourd'hui à interpréter ces résultats. Nous serions heureux si ces recherches pouvaient être le point de départ de travaux analogues plus complets que le nôtre, et si ces données de la statistique pouvaient aider à élucider les causes de la *morti-natalité* dans les différentes villes de France, et surtout permettre de trouver les moyens d'en diminuer l'importance, et concourir ainsi dans une certaine mesure à la solution de l'important problème de la dépopulation.

Dr CHAMBRELENT,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les problèmes médico-sociaux à l'« Officiel »

I

Dans le dernier n° (8) du *Concours médical*, nos confrères ont pu lire la si curieuse affaire de ce blessé qui, pour obtenir que justice lui soit enfin rendue, se fit faire une contre-expertise par le Dr FLORAND, médecin des hôpitaux de Paris et le Dr Diverneresse, de Saint-Mandé.

On se rappelle qu'au cours de cette contre-expertise, la pharmacie YVON fut amenée à procéder à une analyse d'urines, dans des conditions telles que toute substitution de client ou d'urine était impossible.

La nouvelle expertise concluait nettement à la réalité des suites de l'accident du travail subi par Z. Pour pouvoir choisir son avocat, Z abandonne les avantages que lui confère l'assistance judiciaire. Or, à X, le bâtonnier refuse à l'avocat choisi le droit de défendre cet ouvrier. Le bâtonnier de Paris, saisi de l'affaire, écrit à son collègue de X, pour s'étonner d'une pareille façon d'agir. Cette lettre demeure sans effet. Ce que voyant, le Dr Diverneresse prie notre confrère le Dr Doizy, député, de poser, à l'*Officiel*, une question concernant ce déni de justice, afin d'avoir une réponse du ministre compétent. Voici le texte de l'*Officiel* :

Réponse de M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE *à la question n°* 4861, *posée par* M. DOISY, *député, le* 3 *février* 1914.

M. DOISY, député, demande à M. LE MINISTRE DE LA JUSTICE quelles mesures il compte prendre pour faire respecter et appliquer par les chambres d'avoués, les barreaux et les parquets, sa circulaire du 22 août 1901 et l'arrêt de la cour de Caen du 13 juillet 1906, confirmé par la cour de cassation le 13 juillet 1908.

Réponse.

Le garde des sceaux, ministre de la justice, est décidé à faire respecter les règles posées par la circulaire du 22 août 1901 et les principes résultant de l'arrêt de la cour de cassation en date du 13 juillet 1908.

Il ne manquera pas d'intervenir toutes les fois où des abus lui seront signalés.

Cf. *Officiel*, 18 fév. 1914, page 892, 1re colonne.

Dr D.

II

M. BORDERIE, député, demande à M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE de rétablir, au mois de janvier ou février, suivant ou précédant l'incorporation des soldats, une troisième session d'examens en faveur des élèves des lycées et des étudiants des diverses facultés et universités incorporés ou devant être incorporés avec droit à des inscriptions rétroactives, au cas de succès dans les examens, ajoutant que de nombreuses sessions d'examen ont lieu dans les facultés de médecine et de droit, pour les étudiants en doctorat de droit et que les sacrifices considérables de la loi militaire nouvelle nécessitent les mesures susvisées dans l'intérêt de la culture intellectuelle et des professions libérales.

Réponse.

La mesure proposée aurait pour conséquence de désorganiser gravement les études d'enseignement secondaire et d'enseignement supérieur.

En ce qui concerne le baccalauréat, au mois de janvier ou de février, alors que les études sont en pleine activité, il serait nécessaire, pour constituer les jurys, de distraire un certain nombre de professeurs de lycée de leurs classes, les professeurs de facultés de leur enseignement, des travaux et exercices pratiques et des laboratoires. Cette interruption, si préjudiciable aux élèves et aux étudiants, provoquerait, à juste titre, de vives réclamations. Il serait d'ailleurs impossible d'organiser, dans les lycées et collèges de l'Etat, un cours normal d'études en vue de cette troisième session et les élèves qui voudraient s'y présenter seraient obligés de chercher ailleurs une préparation hâtive. Ceux qui auraient été reçus en janvier ou février dans ces conditions, ne pourraient utilement commencer une nouvelle année d'études ni dans les lycées et collèges, ni dans les facultés parce qu'ils se-

raient en retard de plusieurs mois sur leurs camarades. Enfin, il faut observer que de seize ans, âge normal auquel on peut se présenter au baccalauréat, à vingt ans, les élèves disposent de huit sessions pour les deux parties du baccalauréat.

La mesure serait encore plus grave si l'on admettait que les candidats reçus en janvier ou février pussent prendre des inscriptions rétroactives et si, d'autre part, une troisième session d'examens à la même date était instituée en faveur des étudiants des diverses facultés et universités. L'interruption d'enseignement déjà signalée s'aggraverait singulièrement dans ces établissements, et la scolarité dans l'enseignement supérieur, déjà trop courte en raison des sessions d'examen qui existent, serait encore réduite et, dans certains cas, se limiterait à six mois. Mais, en outre, les études d'enseignement supérieur sont trop sérieuses pour que les étudiants puissent les entamer en janvier, février ou mars, et non en novembre. Elles impliquent dans plusieurs facultés non seulement la présence aux cours et aux conférences, mais la participation active et assidue au laboratoire, aux travaux pratiques, et, à la faculté de médecine, à l'hôpital. On ne peut concevoir un étudiant de P. C. N. qui n'aurait pas pris part aux travaux pratiques des deux ou trois premiers mois, ni un étudiant en médecine qui commencerait sa première année peu de temps avant que ne s'y achèvent les parties d'enseignement de l'anatomie et de la pathologie générale, portées au programme du premier semestre de cette première année. C'est précisément « l'intérêt de la culture intellectuelle et des professions libérales » invoqué par M. Borderie, qui exige qu'on n'abaisse pas à ce point le niveau des études ; et en ce qui concerne la médecine, c'est en outre l'intérêt public.

Enfin, le décret du 29 juillet 1912, qui a réorganisé les études médicales, a, conformément au vœu des facultés de médecine et du monde médical, agi contre ces nombreuses sessions d'examens qui troublaient les facultés de médecine et compromettaient les études. Une scolarité effective de cinq ans a été établie. Les étudiants inscrits à partir de novembre 1913 ne pourront plus désormais se présenter aux divers examens en cours d'année. Il n'y aura plus (titre V et VI) que des examens de fin d'année en juillet et octobre, et des examens cliniques à la fin de chaque stage hospitalier. Une exception est faite pour l'examen pratique d'anatomie pour des raisons d'hygiène. Mais l'étudiant qui échoue en octobre à l'examen de fin d'année « recommence entièrement l'année pour subir à nouveau et en entier l'examen de fin d'année ». A la faculté de droit, s'il existe un régime spécial pour le doctorat, ce régime a été réglementé par les décrets du 30 avril 1895 et du 13 juillet 1912 et il n'y a point d'abréviation de scolarité.

III

M. Doisy, député, demande à M. le ministre de la guerre dans quelles conditions, à qui et quand les étudiants en médecine de la classe de 1913, incorporés en novembre dernier, doivent adresser les demandes de sursis pour accomplir leurs deuxième et troisième années de service.

Réponse.

La question des sursis, prévus par l'article 15 de la loi du 7 août 1913, fait actuellement l'objet d'une étude dont les résultats seront portés ultérieurement, par voie de circulaire, à la connaissance des autorités militaires.

IV

RAPPORT fait au Sénat au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi, adoptée par la Chambre des députés, tendant à modifier la loi du 6 avril 1910 et à interdire la vente, l'exposition et l'importation des tétines en caoutchouc de fabrication défectueuse, par M. Paul Strauss, sénateur.

L'hygiène infantile, en progrès continu, réclame chaque jour des améliorations nouvelles. La loi bienfaisante, la loi préservatrice du 6 avril 1910 sur l'interdiction des biberons à tube, et dont la stricte application importe tant à la lutte contre la mortalité infantile, doit être utilement et efficacement complétée.

La gastro-entérite est l'une des maladies les plus meurtrières du premier âge. D'après les recherches du docteur Balestre et de Gilletta Saint-Joseph, entreprises à l'instigation de Pierre Budin et communiquées par lui à l'Académie de médecine, sur 1.000 décès survenus de 0 à un an, 385 ont une cause gastro-intestinale.

L'allaitement artificiel, qui, mal pratiqué et mal dirigé, a une si une large part de responsabilité dans la morbidité et la mortalité infantiles, comporte l'emploi d'instruments tels que le biberon et la tétine.

Ce dernier appareil doit remplir deux conditions essentielles : être d'une fabrication irréprochable et se prêter à une stérilisation pratique.

M. Péan, M. Marquez ont appelé l'attention sur les défectuosités d'un certain nombre de tétines, dont la vente est courante dans le commerce.

Ce genre de tétines, préparées avec la feuille allemande, dont la vulcanisation a été obtenue à froid, présente les inconvéninets suivants, mis en relief dans le rapport de M. Dimitri au conseil supérieur d'hygiène publique.

1° Les tétines, vulcanisées à froid, ne peuvent supporter l'ébullition nécessaire avant chaque tétée sans perdre leur cohésion et leur élasticité ; elles se déchirent facilement, et par conséquent, ne peuvent plus être utilisées ;

2° Les mêmes tétines émettent en présence de l'eau, à toute température, des produits acides qui ne sauraient être inoffensifs pour les nourrissons ;

3° Elles ont, en outre, une odeur désagréable et elles peuvent contenir, en proportion très appréciable, les impuretés des benzines de bas prix, en particulier du naphtalène.

Sur l'initiative de la commission d'hygiène du 14e arrondissement de Paris, et à la suite de l'intervention de M. Marquez, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, M. le docteur Doizy a pris l'initiative, avec ses collègues, MM. Paulin Dupuy, Jean Durand et Schmidt, de proposer à la Chambre l'interdiction de la vente de ces tétines de fabrication défectueuse.

La commission de l'hygiène publique de la Chambre, après avoir fait appel à la savante collaboration de MM. Péan et Marquez, a chargé M. Lutz, professeur agrégé à l'école supérieure de pharmacie de Paris, de procéder à des recherches sur l'emploi de tel ou tel caoutchouc pour la fabrication des tétines.

Dans un rapport très étudié, M. Lutz conclut qu'il ne faut accepter, comme remplissant les conditions d'une bonne hygiène, que :

1° Les tétines en feuille anglaise pure, transparentes ou colorées, vulcanisées au soufre à chaud ;

2° Les tétines au trempé, vulcanisées également au soufre à chaud.

Ces conclusions ont été acceptées par la commission de l'hygiène publique de la Chambre dont le rapporteur, M. Paulin Dupuy, a été l'interprète.

De son côté, la 3e section du conseil supérieur d'hygiène publique de France a approuvé, le 7 juillet 1913, les conclusions conformes du rapport de M. Dimitri, chef adjoint du laboratoire, sur les tétines en caoutchouc.

La chambre de commerce de Paris a donné son adhésion au projet d'interdiction de la vente de ces tétines faites avec du caoutchouc vulcanisé à froid.

Au surplus, ce genre de tétines suspectes a l'inconvénient d'être d'un emploi moins pratique et plus coûteux.

Il convient dès lors de recourir exclusivement à l'usage de tétines fabriquées avec du caoutchouc pur vulcanisé à chaud (feuille anglaise).

La commission de l'hygiène publique de la Chambre, tenant compte des expériences et des suggestions du rapport de M. Lutz, a étendu aux sucettes l'interdiction demandée par M. Doisy et ses collègues pour les seules tétines. Le rapporteur, M. Paulin Dupuy, a fait observer que leur usage, déjà nuisible aux nourrissons, le devient doublement, lorsque ces petits appareils sont faits avec du caoutchouc impur.

De longue date, l'emploi des sucettes a été dénoncé par les hygiénistes et les puériculteurs comme pouvant avoir de sérieux inconvénients. Il est tout à fait désirable qu'une campagne d'opinion se poursuive pour que les mères et les éleveuses, mieux instruites, renoncent à cette habitude déplorable.

Pour l'instant, nous en tenant à la catégorie de sucettes visée par la proposition de la Chambre, nous sommes d'avis que la même interdiction doit atteindre les tétines et les sucettes de fabrication défectueuse, c'est-à-dire obtenues avec un produit vulcanisé à froid.

En vue de prévenir les fraudes, il y a lieu d'exiger l'indication spéciale de « caoutchouc pur », avec la marque du fabricant ou du commerçant.

Votre commission, convaincue qu'aucune précaution ne doit être négligée pour la sauvegarde de la santé et de l'existence des nourrissons, considère qu'il y a une extrême urgence à voter, telle quelle, la proposition adoptée par la Chambre, sur l'initiative de M. Doisy et le rapport de M. Paulin Dupuy.

En conséquence, d'accord avec le Gouvernement, nous vous prions d'adopter la proposition ci-après :

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — L'article 1er de la loi du 6 avril 1910, est ainsi modifié :

« Sont interdites la vente, la mise en vente, l'exposition et l'importation :

« 1° Des biberons à tube ;

« 2° Des tétines et des sucettes fabriquées avec d'autres produits que le caoutchouc pur, vulcanisées par un autre procédé que la vulcanisation à chaud, et ne portant point, avec la marque du fabricant ou du commerçant, l'indication spéciale : « Caoutchouc pur. »

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical ».

La responsabilité des prescriptions de médicaments pour les blessés du travail.

Sur une demande de paiement d'honoraires pour fournitures pharmaceutiques faites à un blessé du travail, les patrons cités appelèrent en garantie le médecin traitant, M. le Dr A, mem-

bre du « Sou médical ». Le juge de paix ainsi saisi rendit le jugement suivant :

TRIBUNAL DE PAIX DU 2e CANTON DE BÉZIERS

17 *juillet* 1913.

Attendu que le pharmacien C. réclame aux sieurs P. le paiement d'une somme de 266 fr. 35 pour fournitures de produits pharmaceutiques livrés aux blessés.

Que les frères P. refusent le paiement en prétendant que ces réclamations sont exagérées et qu'ils ne sont tenus de payer, aux termes de la loi, que pour ce qui était nécessaire pour les soins réguliers à donner à la blessure ; qu'ils prétendent qu'il y a eu abus de fournitures, notamment de coton hydrophile et de baume opodeldock, et assignent en garantie le Dr A., qui a établi les ordonnances ;

Attendu que le Dr A. prétend n'avoir pas à intervenir dans la discussion entre le pharmacien C., et les frères P. ; qu'il y a mise en cause abusive et réclame reconventionnellement 600 fr. de dommages-intérêts ;

Attendu qu'il y a lieu de joindre les causes vu leur connexité ;

Sur la demande principale originaire ;

Attendu qu'il est constant dans l'espèce que le docteur et le pharmacien ont été choisis par l'ouvrier blessé ;

Qu'il ne peut donc être question de commande faite par le chef d'entreprise par l'intermédiaire de l'ouvrier ;

Qu'en matière d'accident du travail, le pharmacien ne fait que se conformer aux prescriptions écrites du médecin, à moins qu'il n'y aperçoive une erreur évidente ou dangereuse ;

Qu'il ne peut se dispenser de fournir au blessé les remèdes et objets indiqués par le médecin traitant ;

Qu'il est bien fondé, en conséquence, à réclamer aux frères P. le paiement intégral des livraisons faites à B. ;

Attendu que, si l'article 4 de la loi de 1898 donne au pharmacien choisi par l'ouvrier une action pour réclamer directement au patron ses fournitures sans que celui-ci puisse les discuter, la loi, au contraire, a voulu aussi permettre au patron de contrôler par justice la réalité et l'utilité des fournitures faites en dehors de son intervention ;

Que le patron n'étant tenu que dans les termes de la loi, il y a lieu de rechercher, du moment où la créance est contestée, si elle représente bien ce qui était nécessaire pour arriver à la guérison ;

Attendu que le blessé B., renversé devant sa charrette le 6 décembre 1911, calé la roue avec son bassin et sa cuisse droite ;

Qu'à la suite de l'accident, la victime présentait les lésions suivantes :

Un gonflement considérable du bas-ventre, de la fesse et de la cuisse droite ; une ecchymose énorme, allant des reins aux genoux, englobant la verge et le scrotum, avec des plaies sur toutes les parties atteintes ;

Que le blessé très souffrant a été emmailloté de coton à partir des reins jusqu'au genou ;

Et qu'il a été nécessaire, pour lui permettre de dormir, de pratiquer des frictions avec le baume opodeldock et de maintenir, à cause des douleurs, les parties lésées enveloppées de coton ;

Qu'étant donné que la région à frictionner était très étendue, il a fallu employer de nombreux pots de baume et beaucoup de paquets de coton ;

Que, vu la nature de la blessure, il est manifeste que l'accident survenu à B. avait été grave ;

Que d'ailleurs le docteur avait soigné quotidiennement du 6 décembre 1911 au 17 février 1912 ;

Que la matérialité seule des soins donnés devait constituer aux yeux du demandeur une présomption de la nécessité d'importantes fournitures ;

Attendu que les frères P. ont réglé sans contestation les honoraires du médecin traitant ;

Que ce paiement est non seulement une reconnaissance du labeur personnel du Dr A., mais encore une approbation tacite du traitement suivi et comme un quasi-acquiescement à l'emploi des produits médicamenteux et des fournitures de baume opodeldock et de coton prescrites ;

Attendu que ces objets pharmaceutiques livrés par le requérant étaient indispensables pour amener la guérison de l'ouvrier blessé ;

Qu'ils ont été d'ailleurs fournis conformément aux ordonnances et factures sur la base du tarif officiel ; qu'ils sont dus ;

Qu'ainsi la réclamation du pharmacien C. est fondée.

Attendu en ce qui concerne l'appel en garantie du Dr A., que dans l'état de la cause, il n'était pas nécessaire ; que les frères P. n'ont rien à lui réclamer puisqu'ils ne peuvent que demander au juge de fixer la somme à concurrence de laquelle ils seront responsables envers le pharmacien qui les actionne ; que le Dr A. doit donc purement et simplement être mis hors de cause ;

Qu'en ce qui concerne la demande reconventionnelle, elle n'est en aucune façon fondée ; qu'elle ne lui a causé aucun préjudice et qu'il n'en justifie pas du reste ;

Attendu, en ce qui concerne l'expertise, que cette mesure ne pourrait avoir actuellement aucune utilité alors que la blessure de l'ouvrier est consolidée et que la victime a été déjà gratifiée d'une rente de 425 fr.

Qu'il y a lieu de rejeter les conclusions subsidiaires ;

Par ces motifs et jugeant en premier ressort ;

Condamnons les frères P. à payer au pharmacien C. la somme de 266 fr. 35, montant des fournitures pharmaceutiques livrées ;

Les déboutons de leur appel en garantie contre le Dr A. ; déboutons le Dr A de sa demande reconven-

tionnelle et rejetons les conclusions subsidiaires tendant à une expertise ;

Condamnons les frères P. en tous les dépens.

MM. P. frères ayant interjeté appel de ce jugement, le « Sou médical » donna à son adhérent, le Dr A., l'appui pécuniaire pour défendre à cet appel, sur lequel le tribunal civil de Béziers rendit le jugement suivant :

TRIBUNAL CIVIL DE BÉZIERS (1re chambre)

2 janvier 1914.

Attendu que l'appel est régulier en la forme ;

Attendu, au fond, que le sieur B. a été victime le 6 décembre d'un accident grave, qu'il est tombé sous une roue de la charrette qu'il conduisait et a reçu à la jambe et à la hanche droites de très sérieuses contusions ;

Que les lésions musculaires et articulaires résultant de cette compression violente ont entraîné une incapacité permanente dont le quantum a été fixé à 60 % de l'accord des parties ; qu'elles ont nécessité de longs soins et n'ont été consolidées que le 1er octobre 1912, c'est-à-dire au bout de dix mois environ ;

Attendu que la note de C., dont le montant s'élève à 266 fr. 35 comprend tous les remèdes et produits pharmaceutiques fournis durant cette période ; que ce chiffre n'apparaît point comme manifestement exagéré si l'on tient compte de la nature des lésions et de la durée du traitement ; que la fourniture de 19 litres de vin reconstituant (kola ou gentiane) n'a rien d'excessif, ces toniques ne pouvant produire leur effet salutaire que s'ils sont administrés régulièrement pendant un certain temps ; que celle du coton s'explique par la grande surface des parties contusionnées ; que le corps du blessé a dû être entouré d'ouate, que l'étendue des contusions et la persistance des troubles douloureux justifient aussi à la rigueur la consommation faite de baume opodeldock, que la quantité livrée a été considérable, mais qu'il convient d'observer que cette médication a été prescrite par diverses ordonnances, délivrées du 4 janvier au 9 septembre ; qu'on admet que dans un cas semblable exigeant des frictions répétées, la dose journalière nécessaire est de 40 grammes environ et peut, par suite, dépasser mensuellement un kilo ; qu'il est possible que l'entourage du blessé ait usé de ce produit sans ménagement suffisant, soit par inexpérience, soit parce qu'il lui était fourni gratuitement, mais que ce n'est là qu'une hypothèse ;

Attendu, en résumé, que les ordonnances du médecin traitant ne révèlent point nettement un abus certain et sérieux de nature à justifier le refus des frères P. d'acquitter la facture du pharmacien ; que la décision du juge de paix est donc justifiée ;

Attendu qu'il ne résulte pas des faits de la cause que les frères P. aient soulevé cette contestation dans un but de vexation ; qu'ils ont pu croire en toute bonne foi à une majoration qui, à certains égards, était plausible, qu'ils ne sauraient donc être passibles de dommages intérêts vis-à-vis de C.,

Par ces motifs et ceux du premier juge.

Confirme le jugement dont est appel.

Il résulte de ces deux jugements, qui, nous le reconnaissons, viennent à l'encontre de la jurisprudence admise antérieurement par un certain nombre de tribunaux, que le médecin traitant d'un blessé du travail ne saurait utilement être mis en cause par le patron de l'ouvrier, par la voie de l'appel en garantie, sur une demande principale en paiement de médicaments formée par le pharmacien contre ledit patron.

En effet, le juge de paix désigné par l'article 15 de la loi de 1898 n'est compétent que pour condamner le patron à payer au pharmacien les médicaments qui ont été utilement fournis à son ouvrier blessé pour soigner les suites de l'accident dont il a été victime à son service. S'il était prouvé que ces médicaments ou une partie d'entre eux ont été fournis abusivement au blessé, le juge ne devrait pas condamner le patron à les payer au pharmacien ; il ne pourrait donc, par conséquent, dire que le médecin traitant devra garantir et indemniser le patron de cette condamnation.

Si le pharmacien avait cité en paiement solidairement le patron et l'ouvrier, il appartiendrait au juge, dans le cas où un abus de médicaments serait prouvé, de condamner le patron à payer la partie utile, et l'ouvrier à payer la partie abusive des médicaments fournis. Et, là encore, la mise en cause du médecin traitant par le patron serait inutile.

Seul, l'ouvrier pourrait soutenir que le médecin a commis une faute en lui prescrivant des médicaments inutiles ; mais il va sans dire que cette faute ne devrait être admise par le Tribunal que si l'abus était surabondamment prouvé. Notamment, pour prendre l'espèce ci-dessus, l'ouvrier serait mal fondé à venir soutenir que le médecin lui a prescrit trop de coton ou de baume opodeldock, car le médecin pourrait aisément répondre que, si de nouvelles fournitures n'étaient pas utiles, il appartenait à l'ouvrier de l'en prévenir ou de ne pas faire exécuter ses nouvelles prescriptions, sauf à lui à supporter une dépense qu'il aurait sciemment faite sans utilité. Dans le cas où l'abus des médicaments aurait eu pour cause l'usage immodéré du blessé ou de son entourage, le médecin ne saurait en aucune façon en être reconnu responsable.

Quant à une action directe du pharmacien contre le médecin pour soi-disant abus de prescriptions, elle ne serait pas, en principe, plus fondée en matière d'accidents du travail qu'en droit commun. Le médecin n'est pas garant de la solvabilité de ses clients, et le pharmacien

avait toujours le droit de ne délivrer ses médicaments que contre argent comptant.

Toutefois au cas où il résulterait des circonstances que le pharmacien a été induit à faire à crédit des fournitures à un blessé insolvable, en raison de la garantie de paiement qu'il trouvait dans l'action directe, le médecin pourrait être exposé à une action en dommages intérêts du pharmacien, si ce dernier pouvait établir qu'il a commis une faute en prescrivant à l'excès des fournitures inutiles.

J. DUMESNY.

VARIÉTÉS

Mœurs médicales modernes (1).

Sur les bancs s'étageant de bas en haut d'une vaste salle rectangulaire, un millier d'auditeurs assis, demi-couchés ou debout, brandissaient des cannes, soulevaient des chapeaux, poussaient des hurlements, entonnaient des chansons, s'interpellaient, éclataient de rires sonores, dans une atmosphère de bonne humeur, d'insouciance et de gaîté.

C'étaient de tout jeunes gens, dont seulement un nombre fort restreint pouvaient s'enorgueillir d'une moustache naissante. Par-ci, par-là, émergeait un homme mûr, à barbe grise, à cheveux longs, sortant de dessous les bords plats et larges du « tube » traditionnel, — de vieux habitués des cours.

Il y avait là aussi des jeunes filles dont la mise — chapeaux et jaquettes achetés dans un magasin de confections un jour de solde — ne rappelait que de très loin l'élégance raffinée et savante de la Parisienne. C'étaient des étudiantes étrangères, Russes pour la plupart. Sur leurs figures graves, au regard ardent et pensif, se lisait une expression mêlée de surprise et de révolte. Devant la liberté dont jouissaient leurs camarades français, plus d'une, sans doute, songeait douloureusement que pour une attitude infiniment moins audacieuse, que pour une simple riposte à une observation d'un surveillant, leurs frères et leurs amis de Russie étaient chassés impitoyablement des Ecoles Supérieures. Et, visiblement, ce « chahut », organisé à un professeur, à un savant, les choquait, les froissait, dans leur vénération pour la science, comme un sacrilège.

Sur une estrade, dans le bas de l'amphithéâtre, se promenait, à pas lents et mesurés, un vieillard de petite taille, au front dégarni, aux cheveux d'une blancheur de neige, entourant d'une auréole nacrée un cou gras, au visage entièrement rasé et sillonné d'innombrables rides aux yeux noirs, brillant d'un extraordinaire éclat de jeunesse, d'énergie et de vigueur, derrière un binocle qu'il ajustait, sans cesse, d'un geste sec.

C'était Labaille, l'illustre zoologiste au nom universellement admiré. Depuis si longtemps il assistait, à chaque ouverture de son cours, à la même manifestation bruyante, devenue une sorte de tradition si impérieuse que celle-ci avait fini par faire partie intégrante de son existence professorale, et qu'il eût éprouvé, peut-être, un réel regret, si, par impossible, les élèves s'étaient concertés pour supprimer ce « chahut » annuel. Mais comme Labaille n'avait jamais renoncé à sa sévérité proverbiale, comme, avec une persistance qui prouvait la solidité de ses convictions et la fermeté de son caractère, il ne s'était jamais départi de sa douce habitude de poser de terribles « colles » aux candidats et d'en refuser au moins trois sur quatre, les étudiants, de leur côté, eussent cru se rendre coupables d'une véritable abdication, s'ils ne lui avaient pas offert, avec la même inlassable ardeur, le malsonnant concert obligatoire.

— Allons, monsieur Labaille, cria une voix, nous vous écoutons religieusement.

— Et surtout, zoologiquement ! ajouta une autre.

Un formidable éclat de rire, qui fit vibrer les vitres, secoua l'auditoire.

Mais, bientôt, un silence s'établit.

Labaille arrêta sa marche, se caressa le menton.

— Je vous ai dit, messieurs, ...

— Qu'avez-vous déjà dit ?

— On ne l'a pas entendu.

— On était distrait.

— Répétez-le.

— Répétez-le, monsieur Labaille, répétez-le, je vous en supplie !

Très calme, Labaille reprit :

— Je vous ai dit que l'Histoire Naturelle tient une place considérable dans l'enseignement médical. Je vous ai dit qu'on ne saurait être un bon médecin si l'on ne connaissait pas à fond la botanique et la zoologie, et tout particulièrement....

Des interruptions coupèrent la voix du professeur.....

— En êtes-vous bien sûr ?

— Quant à moi, je suis plein d'incertitude.

— Et toi, vieux, quel est ton avis ?

— Le tien, bébé !

— Cela vaudra mieux, allez !

— Parlez-nous plutôt de l'examen.

Labaille inclina la tête en signe d'acquiescement.

— Alors, messieurs, vous désirez que je cause avec vous du premier doctorat.

— Oui, oui, oui !

Des centaines de bouches répétèrent le mot, l'accompagnant d'éclats de rire, d'exclamations saugrenues ou spirituelles et de refrains variés

— Eh bien ! soit ! fit Labaille.

— Allons, silence, là-bas !

— De quoi déjà va-t-il nous parler ?

— De l'examen, espèce de moule !

---

(1) Bernard TAFT. — *Dans la lutte*, publié avec la bienveillante autorisation de l'éditeur : Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris (*Envoi franco*).

— Ecoutez-donc, nom d'une pipe !
— Ta bouche !
— Ça va être passionnant !
— Mon cœur se serre, clama une grave voix de baryton.
— Le mien palpite ! répondit une voix de ténor.
— Le mien frissonne ! ajoutait une voix de basse.
— D'horreur ou de joie ?
De nouveau, un large rire secoua l'assistance, gagnant jusqu'à Labaille lui-même.
— Tiens, le prodigieux spectacle ! le père Labaille qui se tord !
— Labaille ! Labaille ! c'est toi que j'aime ! chanta le baryton.
— Parlez-nous de l'examen.
— De l'examen ! de l'examen ! de l'examen ! scanda l'auditoire sur l'air des lampions.
Labaille jeta :
— Je ne pourrai en parler que lorsque vous vous serez tu.
— Voilà une vérité profonde.
— Une parole de sage !
— Pour que l'un cause, il faut que l'autre ferme son bec !
— Cela va de soi !
— C'est clair !
— Comme de l'eau de source !
— Il y a des sources sales !
— Et même salées.
— Mais taisez-vous donc, tonnerre de Brest !
Il se fit un silence.
— J'ai à vous faire une déclaration très brève, commença Labaille.
— Brève, voilà qui est bien !
— Plus brève elle sera, plus cher elle vaudra !
— C'est toujours clair !
— Comme de l'eau de source qui n'est pas sale !
— Ni salée !
— Voici, reprit Labaille, en fait d'Histoire Naturelle, tous, messieurs, ou presque tous, vous comptez pour zéro — et même pour moins.
Un tumulte se déchaîna.
— C'est flatteur !
— Dis donc, là-bas, gros blond de mon cœur, pour combien compte le père Labaille ?
— Pour une fraction d'unité.
— Infinitésimale !
— Imperceptible
— Microscopique !
— Encore faut-il un terrible grossissement !
Et les apostrophes se croisaient, se renvoyaient de l'un à l'autre comme des balles de caoutchouc, ne retombant que pour mieux rebondir, mêlées toujours de « scies » et de boutades, tantôt spirituelles, tantôt grotesques, tantôt même inconvenantes.

Labaille avait repris sa marche le long de l'estrade, ajustant, sans cesse, son binocle. Puis, ayant jeté un coup d'œil sur la pendule et constaté qu'il ne restait, pour achever l'heure réglementaire, qu'une dizaine de minutes, il s'assit, et, pensif, se mit à regarder attentivement devant lui, comme s'il se trouvait devant un spectacle passionnant. A quoi songeait-il ? Peut-être bien aux jours lointains de sa jeunesse enthousiaste et studieuse où, dans le même amphithéâtre, il avait assisté au premier cours de cette science zoologique qui devait, plus tard, devenir la seule préoccupation et l'unique passion de sa vie ? Peut-être bien regrettait-il de n'avoir jamais, comme ses jeunes auditeurs, connu des heures de folle gaîté, de fantaisie débridée, dont le souvenir eût ensoleillé son existence finissante.....
La pendule sonna six coups, Labaille se leva.
— A jeudi, messieurs, dit-il en souriant.

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Bagnoles-de-l'Orne. Société Matignon.** (*Maison de convalescence destinée aux officiers des armées de terre et de mer.*) — Il vient de se constituer à Bagnoles-de-l'Orne, sur l'initiative de Mme Abel Couvreux, une Société ayant pour but de créer et d'organiser dans cette station une maison recevant à des conditions très avantageuses (analogues à celle du Mont des Oiseaux) les officiers de terre et de mer en activité de service ou en congé de convalescence ayant besoin de faire une cure aux eaux thermales de Bagnoles-de-l'Orne.

La Société a été constituée et déclarée selon les lois et règlements (*Journal Officiel*, 1er mars 1913); elle met, à partir du 15 mai 1913, la Villa Matignon à la disposition des officiers subalternes (jusqu'au grade de capitaine inclusivement) désirant en profiter.

Les médecins et officiers voulant recevoir des renseignements sur les conditions d'admission et les places disponibles n'ont qu'à s'adresser à M. le Président de la Société Matignon, Villa Matignon, à Bagnoles-de-l'Orne.

Le Président, H. Perrot de Chazelle, chevalier de la légion d'honneur, ancien capitaine de cavalerie.

Le Trésorier, docteur P. R. Joly, médecin de 1re classe de réserve de la marine.

La Société Matignon, œuvre purement humanitaire et patriotique, a pour ressources des subventions, dons, legs, libéralités, ainsi que les cotisations des membres honoraires ou actifs. Nous donnons ce dernier renseignement, parce qu'en signalant cette fondation qui est appelée à rendre de grands services à beaucoup d'officiers, nous avons pensé qu'ajouter le moyen offert à nos lecteurs d'aider une bonne œuvre d'intérêt général répondrait au désir de beaucoup d'entre eux.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 12 Dimanche 22 Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Petites vanités doctorales.

Dédié aux Mânes de Gui Patin.

Un de nos amis, retour d'Amérique du Sud, nous disait naguère : « Mon cher, ils sont tous là-bas colonels ou docteurs. » Encore quelques années, et il en sera de même en notre doux pays de France. Les docteurs pulluleront comme les officiers d'Académie, et il sera de bon ton de ne plus se parer de ce titre.

Quand, vers 1140, l'illustre Université de Bologne imagina de délivrer, après examens et épreuves, des diplômes de docteur, elle ne se doutait guère du succès qu'aurait sept à huit siècles plus tard sa nouvelle création. Jusqu'alors, la seule réputation de science et de sagesse avait fait les docteurs. Nous n'avons, en effet, jamais entendu dire que les docteurs de la loi en Israël et les docteurs de l'Eglise virent leurs noms calligraphiés sur des peaux d'âne universitaires.

Depuis on a imaginé de faire passer aux jeunes gens des examens et des thèses, de les couvrir d'une robe, de les coiffer d'un bonnet carré et de leur conférer le titre de docteur. Ils furent docteurs en théologie, docteurs en droit public, ou en droit canon, docteurs en médecine. Les premiers eurent le privilège de pouvoir jouir, avec quelques pistons, de gros bénéfices ecclésiastiques ; les derniers se contentèrent du droit de

Medicandi
Purgandi
Et occidendi
Impune per totam terram.

Cela les consolait un peu, les uns et les autres, du célibat qui primitivement leur avait été imposé.

Plus tard, la Révolution a changé bien des choses ; mais il y eut toujours des docteurs ; on en créa même de plus en plus. Si aujourd'hui les docteurs en théologie sont en baisse, nous avons des docteurs ès lettres, ès sciences mathématiques, physiques et naturelles ; si nous

n'avons plus guère de docteurs en droit canon, en revanche, les docteurs ès sciences juridiques, politiques ou économiques foisonnent. On a supprimé les docteurs en chirurgie, mais le nombre des docteurs en médecine s'est aussitôt formidablement accru, et les diplômes honorifiques d'Université, nouvellement créés, nous ont dotés d'un doctorat en pharmacie.

Gui Patin, grand doyen de l'antique Faculté de médecine de Paris, toi de qui l'humeur batailleuse fit par deux fois devant le Parlement courber la tête altière de MM. les apothicaires, toi qui te plaisais à répéter la définition que ton ami et confrère Haultin donnait du patron d'officine : *Animal fourbissimum, faciens bene partes et lucrans mirabiliter*, tu as dû tressaillir dans ta tombe en apprenant que tes descendants n'avaient point su empêcher M. Fleurant de coiffer le bonnet carré !

Mais que dirais-tu encore, Gui Patin, toi qui aidas si puissamment saint Luc à mater saint Côme, si tu apprenais que des chirurgiens dentistes, pâles vestiges des anciens barbiers chirurgiens, songaient aussi à se faire qualifier docteurs.

Tu étais au Parlement le 7 février 1660 ; tu y applaudissais quand les avocats de la Faculté de médecine et de l'Université de Paris demandaient dans leur requête :

1° Que les barbiers chirurgiens et les chirurgiens jurés rendissent honneur et respect à la Faculté et aux docteurs-régents ;

2° Qu'ils leurs obéissent comme des écoliers et des disciples à leurs maîtres ;

3° Qu'il leur fût interdit d'excéder les termes de leur art, de lire, de professer, de donner des grades, de soutenir des thèses, de porter la robe et le bonnet ;

4° De s'appeler collège, ni école, mais simplement « communauté des maîtres barbiers chirurgiens et chirurgiens jurés » et de qualifier le lieu de leurs assemblées autrement que « chambre de juridiction », le tout à peine de prison. »

Que dirais-tu, Gui Patin, si, revenu à notre époque, tu apprenais que ce genre de chirurgien, inconnu de ton temps, les chirurgiens dentistes, eux qui ne formaient pas même alors un simple corps de métier et qui, à Paris, tenaient leurs assises sur ce :

Pont-Neuf, ordinaire théâtre
Des vendeurs d'onguents et d'emplâtre,
Séjour des arracheurs de dents,
Des fripiers, libraires, pédans,

que dirais-tu, si l'on t'apprenait que ces gens réclamaient aussi le droit de soutenir des thèses et de se parer du titre de docteur ? Que dirais-tu si l'on te contait qu'ils prétendaient interdire aux médecins, même aux docteurs régents de ta Faculté, même à ton successeur, le vénérable doyen Landouzy, de pratiquer leur art qui consiste à soigner des dents gâtées ?

Devant cette prétention, tu n'aurais plus eu, Gui Patin, le courage de t'indigner, et malgré ta répugnance pour tout ce qui vient de Montpellier, la faculté rivale, tu aurais emprunté à ton confrère Rabelais, son rire inextinguible.

Cependant rien n'est plus vrai, mon vieux doyen, un trio de ces gens qu'on appelle des députés, encore une race peu reluisante inconnue à ton époque, un trio de députés, MM. Charles Deloncle, de la Seine, Abel Lefèvre, de l'Eure, et Lagrosillière, de la Martinique, ont, dans une proposition de loi, demandé la création de *docteurs en chirurgie dentaire.*

Bien plus, en un article 33 de leur projet, ils déclarent que :

Les docteurs en médecine, les officiers de santé pourront obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste après deux années d'études et de travaux pratiques dans une école dentaire.

Mais ils ajoutent généreusement : *Ils seront dispensés des cours et examens théoriques.*

De sorte que, un peu comme à ton époque, Gui Patin, mais pour une toute autre raison, raison qui n'aura rien à faire avec le superbe mépris des gens de l'Université pour les travaux manuels, le docteur médecin qui n'a pas de diplôme de dentiste devra faire venir un de ces nouveaux chirurgiens, pour arracher un chicot, extraire une dent branlante, ou percer un abcès dentaire. Voilà qui sera commode et économique pour les pauvres malades, surtout à la campagne. Un médecin aura donc le droit de crever un œil et d'ouvrir un ventre, mais ne pourra sans trembler se nettoyer les dents.

C'est qu'en fin de législature, les députés en quête d'appuis pour leur réélection, se moquent un peu du bon sens et de la logique. Rien cependant n'est, à notre avis, moins tragique, et ces prétentions ne nous émeuvent guère.

« Pauvres, pauvres dentistes, nous disait un ancien confrère, devenu industriel et chez qui le sens commercial a complètement aboli l'amour-propre doctoral, — ils veulent perdre leur temps à préparer des thèses, quand ils peuvent si bien exploiter la mine d'or de la prothèse ».

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : *M. le professeur* CHAUFFARD.

Les difficultés cliniques de la pleurésie.

Nous avons actuellement dans le service un malade qui sera, pour moi, une occasion de vous montrer quelques-unes des difficultés que peut comporter l'étude d'un pleurétique. Il se passe, pour la pleurésie, quelque chose d'assez exceptionnel. D'ordinaire, en médecine, nos connaissances sont plus étendues sur le côté symptomatologie que sur le côté pathogénie. C'est l'inverse pour la pleurésie : nous sommes mieux fixés sur la pathogénie que sur la partie clinique de la maladie. Des recherches, qui datent de 25 ans, ont en effet établi que la pleurésie soi-disant primitive est fonction de tuberculose. Ces recherches remontent aux études anatomo-pathologiques de Landouzy, aux leçons cliniques de Landouzy à la Charité. Elles ont été suivies de démonstrations expérimentales données par moi, de travaux bactériologiques, de recherches cytologiques de Widal et Ravaut. Cet ensemble de données concordantes permet d'affirmer la nature tuberculeuse de la grande majorité des pleurésies dites primitives ; notre documentation à ce sujet est complète.

Au point de vue clinique, nous n'avons pas la même simplicité. Certes, ce ne sont pas les signes qui manquent, en matière de pleurésie. Vous verrez dans vos livres combien ils sont nombreux : signes de percussion, d'auscultation, signes pseudo-cavitaires dans certains grands épanchements, signe du cordeau de Pitres, etc. Avec tous ces signes, il semble que nous ne devrions pas hésiter, d'autant que maintenant, grâce à l'écran radioscopique, nous disposons d'une méthode qui rend visible l'épanchement. Toutes ces méthodes combinées devraient conduire à une véritable certitude et à une conclusion toujours ferme. Eh bien ! l'expérience montre que, de toutes les affections de poitrine (pour prendre l'expression des anciens auteurs), la pleurésie est celle qui soulève cliniquement le plus de difficultés, quand il s'agit de transposer dans le domaine anatomo-clinique les signes constatés chez le malade.

Quand nous avons reconnu un souffle, il faut l'interpréter, lui substituer la lésion anatomo-pathologique qu'il décèle. En matière de pleurésie, on doit tenir compte de 3 éléments : l'état du poumon, l'état de la plèvre et le liquide épanché. Aussi, en pratique, la transposition du signe à la lésion reste-t-elle ici délicate et les erreurs ne se comptent-elles plus. Le premier exemple de ces erreurs fut donné le jour où Grancher spécialisa sous le nom de spléno-pneumonie un état pulmonaire se traduisant par les mêmes signes que la pleurésie. Je dois faire cependant quelques réserves sur ce point : nous verrons tout à l'heure que peut-être certains cas de spléno-pneumonie, individualisés par Grancher, à une époque où nous n'avions pas la radiographie et où nous ne connaissions pas les pleurésies bloquées, rentrent dans cette forme de pleurésie.

Nous avons d'autres cas dans lesquels l'examen ne révèle aucun signe de pleurésie et où la ponction pleurale permet de retirer un peu de liquide. Si bien que cette question prête souvent à doute, à discussion, et nous laisse alors en état d'hésitation.

En dernier ressort, nous avons recours à la ponction exploratrice. Personnellement, je suis devenu un des adeptes de l'exploration pleurale par la ponction. Je la recommande, d'abord parce qu'elle n'expose en rien le malade ; ensuite parce que c'est le moyen direct de constater la réalité de l'épanchement et ses caractères cytologiques. Dans quantité de cas, nous avons intérêt à la faire. Je considère, en outre, qu'il est de toute prudence de ne jamais pratiquer une thoracentèse sans avoir au préalable fait une ponction exploratrice qui nous éclaire à coup sûr, lorsque le résultat est positif. Mais, ce procédé lui-même de la ponction exploratrice peut tromper. Nous pouvons avoir un résultat négatif alors que la plèvre contient du liquide. C'est ce qu'on a appelé la pleurésie bloquée.

Eh bien ! l'histoire de notre malade constitue un exemple de ces difficultés cliniques rencontrées en matière de pleurésie. Son observation comprend deux parties. La première partie est classique. C'est une pleurésie droite à grand épanchement. Et puis, à un moment donné (deuxième partie), la maladie bifurque et, de pleurésie à épanchement, devient pleurésie bloquée et cloisonnée, offrant alors des difficultés assez grandes d'interprétation.

Il s'agit d'un homme de 38 ans, sans antécédents personnels ni héréditaires, qui fut pris il y a un mois et demi de fatigue et d'essoufflement, sans point de côté, ni fièvre appréciable. Il entra à l'hôpital il y a un mois, peu dyspnéique en apparence, puisqu'il put faire à pied les 200 ou 300

mètres qui séparent la consultation de notre service.

On constata chez lui des signes de pleurésie, avec épanchement assez notable pour que l'on crut devoir faire d'urgence une thoracentèse. On retira de la plèvre droite un litre de liquide. On arrêta là l'opération pour deux motifs : parce qu'il est prudent, à une première ponction, de ne pas enlever trop de liquide, et parce que, à ce moment, le malade commença à être gêné et à tousser, indices qu'il convenait de s'arrêter.

A l'examen du lendemain,nous trouvâmes les signes classiques de pleurésie : l'ampliation thoracique, une matité hydrique occupant les 2/3 du thorax, l'abolition des vibrations vocales. En arrière, dans la fosse sus-épineuse, on notait un souffle ayant presque le timbre pseudo-cavitaire ; c'est un signe de compression du poumon, rare chez l'adulte, plus fréquent chez l'enfant. Deux jours après, voyant ces signes augmenter, nous fîmes une seconde thoracentèse avec évacuation d'1 litre 1/2 de liquide. Le surlendemain, on perçut quelques frottements en avant, la matité diminua, et la maladie parut s'acheminer vers la guérison. Voyant que les choses allaient mieux et pour hâter l'amélioration, je décidai de recourir à une médication que j'emploie assez souvent : l'injection de pilocarpine à la dose de 0 gr. 02 centigr. La pilocarpine a la propriété de faire sécréter toutes les glandes ; elle amène de la transpiration, du ptyalisme, sans diminuer les urines. On fit donc pendant deux ou trois jours de suite des injections de pilocarpine ; elles ne parurent pas assécher sensiblement l'épanchement.

La matité persistant encore assez étendue, on décida une troisième thoracentèse. Au cours de cette thoracentèse, un petit incident se produisit. L'appareil de Potain comprend, vous le savez, une tubulure aspirante et une refoulante. Par suite d'une erreur de maniement de l'appareil, la tubulure refoulante fut mise en communication avec la plèvre pendant quelques secondes. Il s'ensuivit une pénétration d'un peu d'air dans la poitrine. Cet accident eût été considéré autrefois comme considérable ; nous ne lui attribuons aujourd'hui aucune importance et il a même été institué comme moyen thérapeutique. Il n'est pas néanmoins dans la régularité des choses, quand on fait une thoracentèse ordinaire. Quoi qu'il en soit, on retira 1 litre 1/2 de liquide pleural. Le lendemain,le malade fut examiné à l'écran et l'on vit une petite logette claire en pleine obscurité. La logette claire montrait que l'air refoulé était resté enkysté. Une autre thoracentèse à ce niveau ramena 200 cent. cubes de liquide. Je dis en passant que le liquide a toujours été semblable, fibrineux et à même formule cytologique, celle de la pleurésie bacillaire.

A la suite de cette dernière ponction, la petite poche d'air cessa d'être visible. Cependant, il restait à la partie inférieure du thorax de la matité. Le thorax, à droite, commençait à se rétracter, tirant un peu sur le cœur. Avec la matité, les vibrations vocales étaient également abolies. Une nouvelle ponction ne ramena que 30 cent. cubes de sérosité. Il existait une telle discordance entre la faible quantité de liquide extrait et les signes constatés que je fus amené à me demander s'il n'y avait pas là des fausses membranes, une pachy-pleurite, ou une pleurésie bloquée.

Un mot sur les pleurésies bloquées. La question fut posée en 1905 par M. Dufour dans un mémoire intitulé : « Existe-t-il des pleurésies avec épanchement que l'on ne peut pas ponctionner ? » M. Dufour apportait à l'appui de sa thèse des faits anatomo-pathologiques et des expériences physiques montrant que le liquide d'une bouteille ne peut être aspiré que si quelque chose prend sa place. Physiquement, un liquide en vase clos peut résister à l'aspiration. Peu après, M. Mosny proposait pour ces pleurésies le terme de pleurésies bloquées ; il indiquait qu'il peut y avoir des pleurésies totalement bloquées (où l'aspiration ne ramène rien, alors qu'on peut prouver qu'elles contiennent du liquide), et des pleurésies partiellement bloquées, où l'on retire du liquide, mais en faible quantité, non en rapport avec les signes constatés. Il existe donc des pleurésies qu'on n'évacue pas ou qu'on évacue insuffisamment, par l'aspiration. On peut penser, en ce cas, à la spléno-pneumonie (il est possible aussi que certains exemples de spléno-pneumonie de Grancher aient été des pleurésies bloquées) ; on peut penser que les parois séreuses sont épaissies (pachy-pleurite) ou croire à la pleurésie multiloculaire dont une poche se vide alors que les autres résistent.

Le moyen de contrôler la pleurésie bloquée, c'est de la « débloquer ». Pour cela, après introduction de l'aiguille aspiratrice, vous enfoncez un peu au-dessus une forte aiguille de Pravaz de façon à ce que l'air puisse entrer au moment de l'aspiration. Vous voyez alors, de cette plèvre d'où rien ne sortait, s'échapper 600, 800 grammes de liquide, comme dans l'observation de Mosny.

Quelles sont les conditions anatomiques qui permettent ce bloquage ? M. Mosny a distingué le bloquage aigu et le bloquage chronique. Dans le bloquage aigu interviennent les fausses membranes qui gênent le diaphragme, et la spléno-pneumonie du tissu pulmonaire qui empêche celui-ci de venir à la paroi thoracique. Dans le bloquage chronique, c'est le blindage de la cavité pleurale qui entrave la rétraction de celle-ci.

Chez notre malade, nous avons donc pensé à la pleurésie bloquée. Nous avons ponctionné avec

une double aiguille. La ponction retira seulement 60 cent. cubes de liquide. Dans la manœuvre, il était entré de l'air dans la plèvre, et nous retrouvâmes, sur l'écran, la petite tache claire gazeuse.

Qu'allions-nous conclure de cette série d'examens ? Que ce pleurétique avait changé son évolution des quinze premiers jours où l'épanchement était libre ; que, par le jeu des adhérences, la pleurésie avait été cloisonnée, mise en état de pleurésie loculaire, en logettes d'où nous retirions de faibles quantités de liquide chaque fois. La pleurésie était bloquée, mais par logettes. Le malade reste atteint actuellement d'un reliquat pleurétique sous forme de petites loges. J'ajoute qu'il tend à évoluer vers la rétraction thoracique et la dextrocardie. Cette tendance pourra s'arrêter, je pense. Nous devons, d'autre part, faire toutes réserves sur l'avenir, en raison de la nature, que nous connaissons, de la pleurésie fibrineuse.

Dans le traitement que nous avons appliqué à ce malade, nous avons passé par 3 phases : une première phase, opératoire, de thoracentèse ; une seconde, d'emploi de la pilocarpine ; une troisième, qui relève de procédés différents.

Nous avons ponctionné le patient dès le début, bien qu'il ait paru supporter son épanchement d'une manière satisfaisante, étant à peine dyspnéique. Il ne faut pas, en matière de pleurésie, se baser sur les réactions fonctionnelles. De ce qu'un pleurétique ne tousse pas et est modérément oppressé, il ne s'ensuit pas qu'il faille laisser son épanchement et le considérer comme négligeable. Nous savons que de graves accidents peuvent survenir du fait de l'épanchement. On a longtemps cru que ces accidents (des morts subites) étaient dus à la déviation du cœur. Mais, ils peuvent survenir dans les pleurésies droites aussi bien que dans les gauches et ne relèvent pas de causes mécaniques ; ils tiennent à des influences inhibitrices à départ pleural.

Nous avons donc fait la thoracentèse, en raison de l'abondance de l'épanchement et, une fois entré dans cette voie, nous avons continué pour hâter la disparition du liquide. On a dit que la thoracentèse favorisait l'évolution bacillaire de la pleurésie. J'ai vu les bons résultats de la thoracentèse faite avec les précautions convenables et je n'ai jamais observé qu'elle facilitât la bacillose. Je conseille de ne jamais commencer de thoracentèse sans avoir au préalable pratiqué une injection cardio-tonique, de spartéine ou d'huile camphrée, pour éviter les effets possibles de l'opération sur le cœur.

A un autre moment, nous avons fait intervenir, dans le traitement, la pilocarpine, pour obtenir une exagération de la perte liquide. Le résultat n'a pas été aussi complet que je l'espérais. Je vous signale, cependant, que l'usage de la pilocarpine n'a pas empêché la diurèse, qui s'est élevée à 3 litres par 24 heures, sous l'influence de la diète lactée et de la théobromine. Cette diurèse est un phénomène très favorable.

Néanmoins, après avoir pratiqué la 4[e] thoracentèse, je me demandais quelle allait être l'évolution de la maladie et j'évoquais les cas étudiés par Dieulafoy sous le nom de « pleurésies intarissables ». Je me demandais si nous n'allions pas être obligés de recourir à une autre thérapeutique, celle proposée par Potain, Vaquez, Achard, consistant à remplacer par un gaz (air filtré, azote) le liquide pleural aspiré. L'avantage de cette méthode est de pouvoir vider d'un seul coup la totalité de l'épanchement. Avec la thoracentèse ordinaire, si vous avez un épanchement de 4 litres par exemple, vous ne pouvez guère retirer qu'un litre de liquide à la fois, le malade commençant d'ailleurs à ce moment à tousser, à être gêné. Avec la technique des auteurs dont je viens de parler, vous pouvez épuiser la plèvre, sans troubler l'équilibre thoracique, sans gêne, ni toux, ni expectoration albumineuse. Mais, vous créez un hydro-pneumothorax, une autre phase de la maladie.

Nous en étions là de ces considérations thérapeutiques, quand s'est produit le cloisonnement de la plèvre. Il ne pouvait plus être question d'injection d'air ou d'azote. Que pouvions-nous faire ? De la révulsion par l'iode, les sinapismes, l'ancien vésicatoire ? Je ne crois pas qu'elle eût hâté la guérison. Donner des diurétiques ? Le malade prenait de la théobromine et urinait 3 litres par 24 heures. Etions-nous sans autre ressource ? Non ; il est une méthode excellente, que je considère comme complémentaire dans tout épanchement pleural, une fois celui-ci terminé : c'est l'arsenic et la gymnastique respiratoire. On donne l'arsenic, en injections de cacodylate de soude, par exemple. Quant à la gymnastique respiratoire dont il a été beaucoup parlé dans ces dernières années, elle s'applique suivant plusieurs procédés.

L'ancien procédé consiste à faire des inspirations profondes, rythmées, lentes, en même temps que l'élévation des bras, des deux côtés ou du côté pleural seulement. Les premières séances amènent quelques tiraillements douloureux, puis le jeu pulmonaire se développe. Ce procédé est encore très bon.

Récemment, M. Pescher a proposé une méthode ingénieuse, dite de la bouteille. Elle consiste à remplir une bouteille d'eau et à la renverser sur une cuvette également remplie d'eau. Un tube coudé entre dans la bouteille et est relié par un tuyau de caoutchouc à une embouchure en verre, quelconque. On dit au malade de souffler jusqu'à remplir les 2/3 de la bouteille : cette expiration est suivie d'une forte inspiration compensatrice. Le patient pratique cet

exercice plusieurs fois par jour, en augmentant la quantité d'eau chassée. Ce procédé est excellent. Toutefois, il faut l'employer avec prudence, pas trop brutalement, sous peine de pouvoir ramener le processus pleurétique.

Un autre procédé, plus complet et plus gradué, de gymnastique respiratoire, nous est fourni par la mécanothérapie. Elle fait fonctionner à volonté telle ou telle partie du thorax et gradue l'ampliation de la cage thoracique. Mais, c'est une ressource dont on ne dispose pas partout.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. LACROIX.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon : Leçon de M. le Prof. agrégé PATEL

Plaies du thorax.

On a admis à l'infirmerie de Porte un jeune homme qui, dans une discussion, a reçu à huit heures du soir un coup de couteau à la partie supérieure de l'hémithorax gauche. Il a été examiné à onze heures et demie du soir.

Symptômes. — A ce moment, son facies était caractéristique ; il était pâle, oppressé, la figure couverte de sueur.

A quelques centimètres du bord gauche du sternum, dans le troisième espace intercostal, on remarquait un petit orifice triangulaire. Par cet orifice, à chaque mouvement respiratoire, il se projetait au dehors du sang spumeux aéré, rouge. On voyait son hémithorax gauche plus volumineux que le droit, et une tuméfaction mollasse avec crépitation gazeuse autour de l'orifice d'entrée.

Le diagnostic de plaie pénétrante du thorax était évident.

Examen physique. — Faisant asseoir le blessé, on pratiqua l'examen physique.

Inspection. — L'hémithorax gauche était très bombé et presque immobile ; la respiration, anxieuse et précipitée, se faisait du côté droit.

Palpation. — Le thorax etait immobile du côté gauche.

Auscultation. — On constatait un silence respiratoire complet de la partie inférieure du poumon, une respiration bruyante de la partie supérieure sans râles, ni souffle.

Percussion. — On notait de la sonorité exagérée du sommet, de la matité à la base remontant presque au niveau de la pointe de l'omoplate.

Cet examen était suffisant pour savoir qu'il existait un épanchement de la partie inférieure du thorax et de l'air dans la cavité pleurale; phénomènes se traduisant par la sonorité du sommet et les menaces d'asphyxie.

Où allait cette plaie ?

Cette blessure siégeait à neuf centimètres environ du bord gauche du sternum dans le IIIe espace. Le cœur était-il atteint ? Ce siège n'était pas en faveur d'une plaie du cœur.

On avait affaire à un jeune homme dont le cœur n'était pas hypertrophié, et l'orifice d'entrée était trop élevé. Lorsque le cœur est atteint, les symptômes sont plus effrayants : on note de l'angoisse respiratoire. En réalité, chez notre malade, la dyspnée était moins grande qu'en apparence. On sentait la pointe battre dans le Ve espace et, à l'auscultation, les bruits du cœur étaient normaux. Lorsque le cœur est lésé, il bat mal, il est affolé et la production de l'hémopéricarde empêche de percevoir les battements à la palpation.

Nous avons pensé à une *plaie pénétrante du poumon*. Le stylet a troué le IIIe espace et la plèvre pour déchirer le poumon. C'est une zone superficielle du poumon qui a dû être lésée.

Au point de vue des blessures, on distingue en effet trois zones dans le poumon :

1° Une zone interne répondant aux gros vaisseaux

2° Une zone moyenne répondant aux vaisseaux de second ordre ;

3° Une zone externe limitée aux vaisseaux de troisième ordre

Pour que l'on put conclure à une plaie de la zone interne, il manquait un symptôme, le crachement de sang. Mais ce signe est variable et infidèle. Il dépend de la bronche qui a été coupée et du diamètre de la blessure. Néanmoins, comme notre blessé n'a pas eu d'hémoptysie, nous avons pensé à une blessure de la zone externe, et peut-être de la zone moyenne.

La plèvre est déchirée et la plaie siège à peu près au niveau du tiers supérieur de l'espace intercostal ; le coup porte généralement sur la côte, glisse et pénètre au-dessous.

Mais nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas blessure de l'intercostale. La section de cette artère provoque souvent une perte de sang sérieuse qui se caractérise par un hémothorax abondant et une forte hémorragie externe

Notre malade n'a eu qu'un suintement, plutôt qu'un jet artériel

On n'avait pas à craindre une section de la mammaire interne qui siège à un ou deux centimètres du bord du sternum.

Traitement. — Il fallait instituer un traitement

La ligne de conduite est la même dans la chirurgie civile que dans la chirurgie d'armée.

Ce malade était dans une agitation extrême, dyspnéique ; l'accident datait de trois heures et il avait fait un trajet en voiture, ce qui aggravait son état.

Nous avons nettoyé sa plaie à l'alcool, à l'éther et à la teinture d'iode en nous abstenant complètement d'explorer le trajet, le stylet pouvant détacher des caillots en formation, ouvrir des branches artérielles et augmenter l'hémorragie. On risque en outre d'introduire des germes infectieux dans la plaie. Nous avons appliqué un pansement léger et l'hémorragie s'est arrêtée.

Pour calmer l'oppression, nous avons donné deux centigrammes de morphine, assis le malade dans son lit la tête relevée en lui recommandant de ne pas bouger. Il s'est endormi et a passé une nuit calme. Le lendemain, il était frais, rosé et se trouvait mieux.

Un nouvel examen nous apprit quelque chose de plus que la première fois. L'hémithorax gauche était toujours très gros et immobile.

Il y avait absence des vibrations à la partie inférieure du poumon.

A la percussion, la matité s'élevait au milieu de l'omoplate. Donc, l'hémorragie intra-pleurale avait augmenté. Sonorité exagérée du sommet, espace de Traube sonore.

A l'auscultation, silence respiratoire absolu, pas de râles. A droite, respiration normale.

Nous avons laissé le malade au repos, avec défense de parler pour le tenir calme ; on lui administre l'extrait thébaïque et morphine, le soir.

Le traitement est très important. On a préconisé un certain nombre de méthodes opératoires pour guérir plus rapidement ces plaies. On a dit que l'hémothorax pouvait amener de l'asphyxie par compression pulmonaire, et l'hémorragie devenir mortelle. On a alors appliqué le principe du traitement des plaies des membres ; lorsqu'une artère est coupée, il faut la lier.

En 1884, Omboni fait une vaste thoracotomie pour découvrir le poumon, tamponner la plaie et placer des points de suture.

En 1885, sur un officier du Val-de-Grâce qui avait reçu trois coups de couteau dans le thorax, Delorme fait un volet, tamponne les plaies, les suture ; mais le blessé mourut.

L'année suivante, Michaud présente un malade avec guérison complète. C'était une plaie pénétrante qui saignait beaucoup. Il fit la ligature du poumon par des points en U.

A la suite d'intervention pour plaies du thorax, sur quarante-trois cas, on a observé vingt-neuf guérisons et quatorze morts, mais reste à savoir si les malades opérés n'auraient pas guéri spontanément.

Les chirurgiens se divisent en deux clans très nets : les uns sont interventionnistes pour éviter l'hémothorax et empêcher l'hémorragie.

D'autres sont abstentionnistes. Si un gros vaisseau est blessé, une branche de premier ou second ordre de l'artère pulmonaire, il n'y a rien à faire ; si au contraire l'intervention n'est pas jugée utile, le malade guérira seul.

La cavité pleurale n'est pas comparable à la cavité péritonéale : dans celle-ci l'hémorragie ne s'arrête pas par suite de l'absence de pression atmosphérique.

Il faut conclure que dans la majorité des cas, dans les plaies de poitrine par arme blanche, il ne faut pas intervenir. Dans les plaies par arme à feu, l'abstention doit être complète, la balle fait des trous à l'emporte-pièce et même si un gros vaisseau est traversé, l'hémorragie est presque nulle.

Si on observe une blessure par arme blanche, à lame très large, si l'hémorragie est franche et si l'hémothorax augmente rapidement avec phénomènes d'asphyxie, on a le droit d'intervenir.

C'est une intervention très grave et, le plus souvent, on ne dispose pas des appareils propres à éviter le pneumothorax opératoire. Elle provoque un shock intense, on découvre une grande surface du poumon ; elle est parfois inefficace, car on n'arrête pas toujours l'hémorrhagie par tamponnement et par suture.

Si notre malade avait saigné abondamment, j'aurais pensé à une hémorragie de l'artère intercostale et j'aurais débridé. Le plus souvent, ces cas sont rares.

C'est le lendemain, à la suite d'un mouvement que l'hémothorax s'accentue. Les blessés qui ont eu une période de calme, un intervalle libre, redeviennent oppressés ; il s'agit d'une hémorragie secondaire due à un caillot qui s'est détaché. Il faut alors intervenir. Il y a quelques années, ce cas s'est présenté dans le service de M. le Professeur Jaboulay.

Il a ponctionné l'hémothorax et retiré cent cinquante à deux cents grammes de sang, ce qui a suffi à améliorer l'état du sujet. Elle doit être pratiquée deux ou trois jours après la blessure, lorsque l'on constate une hémorragie secondaire

En conclusion, nous conseillons : abstention complète au début, surveillance de l'état du malade et, s'il va plus mal, la recherche de l'intercostale qui saigne ou ponction de l'hémothorax.

Evolution. — Si la plaie n'est pas aseptique et s'il existe un gros hémothorax, que va-t-il se passer ?

En premier lieu, le malade peut résorber son épanchement dans les cas favorables, mais la limite supérieure de celui-ci reste longtemps au niveau du VIIe ou VIIIe espace intercostal.

Il semble que l'on ait un culot difficile à faire

disparaître, puis, le poumon redevient normal à l'examen.

La résorption est lente : un mois et demi à deux mois. Le sang se résorbe difficilement dans la cavité pleurale.

Il y a à ce sujet deux avis différents chez les auteurs. Les uns disent que le sang ne se coagule pas dans la plèvre, les autres, qu'il se coagule très vite. Quoi qu'il en soit, il semble que le coagulum se fasse dans la partie déclive de la plèvre ; c'est ce qui explique la lenteur de la résorption terminale.

On pourra alors faire une ponction évacuatrice au bout d'un mois à un mois et demi, ponction tardive partielle, qui amènera la réapparition de la sonorité et des bruits pulmonaires normaux.

En second lieu, l'hémothorax peut augmenter par exemple, du huitième au quinzième jour, alors qu'il avait commencé à se résorber. C'est un phénomène de mauvais augure. Il s'accompagne d'un peu de température. Le coagulum, qui s'est détaché de la surface pulmonaire et est tombé dans la plèvre, met à nu la surface cruentée.

Il faut encore dans ce cas pratiquer la ponction, même en l'absence d'hémothorax abondant, ponction partielle de cent cinquante à deux cents grammes.

Le sang est quelquefois liquide, très rouge ; d'autres fois il est un peu purulent.

En troisième lieu, l'infection de l'hémothorax est fréquente dans les plaies par arme blanche ; elle est rare dans les plaies par arme à feu.

Le tableau devient grave, le blessé dont l'hémothorax se résorbait peu à peu présente, au bout de trois semaines à un mois, de l'angoisse respiratoire, une température à trente-neuf ou quarante degrés ; les signes de l'épanchement augmentent, on constate de l'œdème de la paroi. On fait une ponction exploratrice : si on retire du liquide purulent, il n' y a pas d'hésitation, il faut agir très vite par l'opération de l'empyème. Au niveau du Ve ou VIe espace, sur la ligne axillaire postérieure, on fait une incision, on évacue le liquide, on draine, sans faire de lavage. Cette pleurotomie doit être faite plus rapidement que pour une pleurésie purulente ordinaire. Il y a une plaie du poumon communiquant avec la plèvre, ce qui peut provoquer un phlegmon avec mort rapide.

Si le sang n'est pas tout à fait purulent, que faut-il faire ? On a dit que des ponctions répétées tous les jours pouvaient suffire. Il vaut mieux faire la pleurotomie sans hésiter.

Pronostic. — Le pronostic doit être réservé. Bien que notre malade respire facilement, qu'il ait un bon facies, il faut être circonspect ; on peut assister à la résorption de l'hémothorax, aussi bien qu'à son augmentation et à son infection.

D'autres accidents peuvent survenir. J'ai observé une mort subite trois semaines après une plaie pénétrante avec hémothorax en bonne voie de résorption ; la malade est morte de syncope, par suite de réflexes de la plèvre.

On peut observer un enkystement de l'hémothorax et son évacuation par la voie pulmonaire ; c'est alors un véritable kyste du poumon qui se vide par vomique et qui aggrave le pronostic.

Chez notre malade, je crois le pronostic assez bon, mais en tout cas, si une complication survient, nous le traiterons d'après la ligne de conduite que nous venons d'exposer.

Traitement des plaies du cœur. — Dans une plaie de la région précordiale, si le cœur est blessé, la ligne de conduite est différente.

Les auteurs qui sont abstentionnistes dans les plaies du thorax, sont interventionnistes dans les plaies du cœur.

Les blessés du cœur peuvent très bien survivre deux ou trois heures après leur accident. On a le temps d'intervenir.

Si notre malade avait présenté un hémopéricarde, des bruits du cœur étouffés, de l'angoisse, j'aurais enlevé un vaste volet thoracique, incisé le péricarde, sorti le cœur pour voir la blessure, et j'aurais pu pratiquer la suture du cœur qui est assez facile, pour le ventricule gauche surtout.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Pancréatites expérimentales.—Traitement des plaies du cœur. — La chondrectomie dans le traitement des troubles respiratoires accompagnés de déformations thoraciques.

M. Pierre Delbet présente à la *Société de chirurgie*, au nom de MM. Brocq et Morel, des pièces intéressantes de *pancréatites expérimentales.*

MM. Brocq et Morel ont réussi à produire à volonté, la pancréatite hémorrhagique avec son grand syndrome clinique et ses lésions classiques. Ils y sont parvenus en injectant, dans le canal de Wirsung d'un animal, 2 à 3 cent. cubes de bile prélevée aseptiquement par ponction de la vésicule. L'animal succombe en moyenne au bout de trente-six heures. Il est indispensable que l'injection soit faite en pleine digestion ; pratiquée sur l'animal à jeun, elle ne produit rien.

Le rôle pathogène de la pénétration de la bile pendant la période digestive étant ainsi démontré, M. Delbet conclut que, dans les pancréatites, il est indiqué de faire la dérivation de la bile.

— La *Société de chirurgie* continue et termine la discussion sur le *traitement des plaies du cœur.*

M. MORESTIN rapporte trois observations, dues à MM. GUIBÉ et MOURE, de plaies du cœur traitées par la suture. Les trois blessés succombèrent. Dans un de ces cas, M. Guibé se guida sur la ponction du péricarde, faite par le procédé de Marfan, pour appuyer son diagnostic. M. Moure, d'autre part, a signalé l'incident opératoire suivant : ayant tiré assez fortement sur le cœur, pour pouvoir passer les fils, il sentit brusquement cet organe faiblir et devenir complètement flasque ; il crut la malade morte. S'étant livré, néanmoins, à un massage du cœur, comprimant progressivement l'organe de la pointe vers la base, il perçut une légère trémulation, puis les battements reprirent régulièrement.

La suture aussi précoce que possible, dit M. Morestin, est aujourd'hui le traitement régulier des plaies du cœur, mais il faudrait s'attacher à apporter une précision plus grande dans le diagnostic. Si la symptomatologie est parfois incertaine, il y a presque toujours, chez ces malades, des indices d'un état immédiatement inquiétant. La ponction du péricarde est un moyen de diagnostic plus dangereux qu'utile, puisque le doute persiste, que l'aiguille ramène ou non du sang. Quant à la technique opératoire, M. Morestin pense qu'il faut éviter de tirer sur le cœur avec force, pour ne pas produire d'arrêts brusques, trop souvent définitifs. Chez les trois opérés de MM. Guibé et Moure, un arrêt du cœur, mortel immédiatement deux fois, se produisit quand l'organe fut saisi et attiré au dehors pour la suture.

M. QUÉNU estime qu'on ne doit pas condamner d'une manière aussi absolue la manœuvre qui consiste à empaumer le cœur, pour faciliter la suture des plaies de sa paroi antérieure. D'autres raisons, que les tractions sur le cœur, peuvent au moment d'une telle opération, causer la mort subite.

M. LENORMANT signale un cas de plaie du cœur par balle de révolver observé par M. PRAT (de Nice). Le blessé, atteint d'une double perforation des ventricules, survécut plus de 24 heures sans aucune espèce de soins. M. Prat intervint, constata un hémothorax, un léger hémopéricarde (le sang passait dans la plèvre, sans s'accumuler dans le péricarde), et une plaie du ventricule, dont il fit la suture. Le blessé succomba d'anémie aiguë.

M. ROUVILLOIS verse aux débats une observation de plaie du cœur et du poumon gauche par baïonnette Lebel. Le patient mourut huit jours après l'intervention (suture du cœur).

M. OMBRÉDANNE parle des cas où l'on est amené à faire la ligature de l'artère coronaire antérieure au cours de l'opération. Il se demande si cette ligature ne peut pas être une cause de mort. Chez une petite malade qui, en tombant sur une pelote d'aiguilles, avait fait pénétrer une aiguille dans le cœur, M. Ombrédanne intervint. L'artère coronaire antérieure, ayant été accrochée au cours des manœuvres d'extraction de l'aiguille, se mit à saigner. On la sutura. L'enfant mourut au bout de quatre jours.

M. TUFFIER remarque que la blessure ou la ligature d'une artère coronaire présente une gravité différente, suivant le point de son trajet qui est atteint. La ligature ou la blessure est beaucoup plus grave dans la région comprise entre la naissance et la bifurcation du vaisseau, que dans la région allant de sa bifurcation à sa terminaison.

M. Lucien PICQUÉ, pour terminer cette discussion — inaugurée par son rapport du 21 octobre 1913 — reprend les points saillants de la question.

En ce qui concerne le diagnostic des plaies du cœur, dit-il, des opinions assez grandement divergentes ont été soutenues. Il est certain qu'il y a là bien des difficultés. Les signes subjectifs sont trompeurs (des blessés chez lesquels il n'existait d'abord aucun symptôme inquiétant ont finalement succombé), et les signes objectifs, si parfois ils entraînent la conviction, peuvent d'autres fois conduire à des erreurs. On a signalé les symptômes d'anémie, la pâleur extrême de la face, les indices de compression du cœur (petitesse, irrégularité du rythme d'amplitude du pouls), d'hémopéricarde (augmentation de la matité cardiaque), la contracture de la paroi abdominale (Prat), les signes d'hémothorax, si le sang passe de la plaie cardiaque dans la plèvre. Les signes d'auscultation ont une valeur très restreinte.

Au point de vue de l'intervention, les auteurs sont unanimes à la préconiser quand la vie semble en danger immédiat. La suture du cœur est facilitée par l'empoignement de cet organe. Tous les chirurgiens y ont eu recours et il paraît difficile de s'en passer. Néanmoins, il faut saisir le cœur avec douceur, sans l'extraire, le tordre, ni le serrer.

Si quelques succès seulement ont été enregistrés, c'est que les causes de mort sont nombreuses dans les plaies du cœur

— M. LENORMANT fait à la *Société de chirurgie* une communication sur la *chondrectomie dans le traitement des troubles respiratoires accompagnés de déformations thoraciques.*

On connaît les idées de Freund pour qui, dans la tuberculose et l'emphysème pulmonaire, les déformations de la cage thoracique sont fréquemment la cause, et non la conséquence, de l'affection pulmonaire ; d'où il s'ensuit que l'on pourrait guérir ou améliorer celle-ci en agissant sur le squelette. De là est née la chondrectomie ou opération de Freund, intervention qui permet d'élargir ou de mobiliser un thorax rétréci ou rigide, et qui trouve son indication dans certaines déformations congénitales ou acquises de la région.

Des deux applications que Freund avait prévues pour cette opération nouvelle, tuberculose et emphysème, la première n'est pas entrée dans la pratique. Pour être efficace, en effet, l'opération devrait intervenir à la période de prétuberculose, c'est-à-dire à un moment où peu de chirurgiens proposeraient et peu de malades accepteraient une intervention sanglante. Dans l'emphysème, au contraire, la chondrectomie a trouvé un vaste champ d'action et permet

◆◆◆

d'espérer des résultats satisfaisants lorsque l'indication en a été judicieusement posée.

Quoi qu'il en soit, M. Lenormant pense que l'emphysème n'est pas la seule application possible de la résection mobilisatrice des cartilages costaux. D'autres thorax déformés entraînent des troubles pulmonaires, de la dyspnée, que l'opération serait peut-être susceptible d'améliorer. Partant de ce point de vue, l'auteur a pratiqué la chondrectomie chez un jeune homme atteint d'une déformation très accentuée du thorax, d'origine rachitique, et qui souffrait depuis longtemps de crises d'asthme fréquentes. Sans amener une guérison complète, l'opération fut néanmoins suivie d'une atténuation considérable des crises.

M. Tuffier a pratiqué des résections chondro-costales dans le traitement de différentes variétés de dyspnée par malformations thoraciques, dans l'emphysème pulmonaire (type Freund), dans l'asthme simple ou compliqué de déformation thoracique, dans les malformations costo-sternales dues au rachitisme ou à des processus avoisinants, avec gêne respiratoire. Laissant de côté les cas d'asthme simple et de malformations du thorax, de date trop récente pour permettre des conclusions, M. Tuffier parle surtout des malades emphysémateux qu'il a opérés. L'impression générale qui se dégage de ses observations, c'est qu'il faut être très réservé sur les résultats définitifs de la résection chondrale dans le traitement de l'emphysème. On n'obtient guère la mobilité thoracique définitive ; bien que certains malades aient été très améliorés.

M. Pierre Delbet signale sur ce sujet une série de travaux faits à sa clinique par M. Douai. Les conclusions de M. Douai, pour ce qui concerne l'emphysème, sont en opposition nette avec la doctrine de Freund ; il n'y a pas de relation entre la rigidité du thorax et l'emphysème. Mais si la théorie n'est pas exacte, il n'en résulte nullement que la chondrectomie soit une mauvaise opération. Elle est capable de rendre des services, en raison de son action sur le cœur. Le point difficile est de fixer ses indications. D'ailleurs, sa bénignité est loin d'être complète, comme on l'a cru. M. Pierre Delbet a pratiqué plusieurs fois la chondrectomie et a eu deux morts survenues dans des conditions impressionnantes. L'un des malades, opéré sous l'anesthésie locale, fut revu à 3 heures de l'après-midi : il lisait son journal. Le lendemain matin, il était mort. Il avait succombé sans qu'on s'en aperçut. Le second malade est mort de la même façon. Il semble donc que, dans certains cas, la déséquilibration du thorax, produite par la chondrectomie, soit capable d'entraîner la mort brusque. Aussi, M. Delbet incline-t-il à adopter la technique des petites résections cartilagineuses successives, préconisée par Lambret.

P. L.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La pneumonie — dans des cas déterminés — doit être considérée comme accident du travail et relever de la loi de 1898-1905.

I

Dans le n° 7 du *Concours médical*, le Dr Diverneresse demandait à tous nos confrères de vouloir bien l'aider à « forger » une définition aussi exacte que possible de l'accident de travail. La définition proposée était la suivante : « Tout trouble survenu dans l'ordre *anatomique* ou *physiologique* dans un délai de quelques jours, et à cause des conditions où s'exerce une profession, doit être considéré comme accident de travail. »

Nous avons publié la lettre du Dr Doucet-Bon en la faisant suivre de commentaires. Mais nous croyons donner plus d'intérêt à cette question aride en nous posant résolument sur le terrain des faits. Un certificas du Dr Arin, sur un cas de pneumonie traumatique, va nous permettre d'étudier le problème :

4 février 1914.

Je soussigné, docteur en médecine, certifie avoir donné mes soins au nommé E. (Augustin), âgé de 61 ans, demeurant chez M. Jules G., à la Haute-Orière, commune de Saint-Aubin-de-Surgères.

Je l'ai soigné pour une pneumonie du côté droit, survenue le 20 janvier 1914, et à laquelle il succomba le 27 du même mois. Le 6 de ce même mois, j'avais été appelé à lui donner mes soins pour une chute qu'il fit en tombant d'un arbre. J'avais constaté à ce moment une fracture de côte à gauche, et le blessé se plaignait aussi du côté droit. Depuis cet accident il paraît qu'il souffrait toujours de ce côté, au dire de son entourage. Je ne l'avais pas revu depuis, jusqu'au jour où je fus appelé à constater la pneumonie. Il est possible que le traumatisme subi 15 jours auparavant ait pu déterminer la production de cette dernière maladie.

Voilà donc un cas où la fracture s'étant produite du côté gauche, la pneumonie a évolué à droite.

II

Y a-t-il des cas où la pneumonie peut être consécutive à un traumatisme dont le siège a été différent de celui où a évolué l'affection pulmonaire ?

Oui. Voici une observation qui le démontre abondamment :

L'accident du 21 août 1912 a occasionné au sieur G.., une fracture des deux os de la jambe droite au niveau du tiers inférieur.

. . . .

CONCLUSIONS : 1° L'accident de travail dont le sieur G... (Siméon) *a été victime* le 21 août 1912 aurait eu pour *conséquence immédiate une fracture des deux os de la jambe* droite, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen ;

2° Cette *lésion survenant chez un homme atteint d'alcoolisme chronique s'est compliquée, ainsi que cela s'observe fréquemment chez les alcooliques, d'une pneumonie qui a occasionné la mort* ;

3° Il y a donc, en l'espèce, *relation de cause à effet entre l'accident* du 21 août 1912 *et la mort par pneumonie*, survenue le 31 août 1912.

Paris, 15 octobre 1912,

SOCQUET.

Il s'agit ici d'un rapport médico-légal ; nous n'avons nul besoin d'en souligner l'importance.

Mais on voit l'analogie : Si une embolie ou simplement le décubitus dorsal, a pu amener, consécutivement à une fracture de jambe, une pneumonie mortelle, bien plus vraisemblable est encore le cas communiqué par le Dr Arin, où une fracture costale gauche a amené une pneumonie à droite.

III

Ce que nous disons de la pneumonie consécutive à un traumatisme violent, soit direct, soit indirect (par contre-coup), nous le maintenons tout aussi énergiquement pour les cas où le blessé aura subi une pneumonie, soit par aspiration de vapeurs délétères, soit par une simple exposition du chaud au froid.

Quelque hardie que soit cette affirmation, nous allons l'étayer sur un jugement prononcé à Oyonnax et publié dans le *Concours médical* (p. 884, 1911), et sur une observation personnelle.

Le 28 mai 1911, un ouvrier travaillant à réparer des cuves, comme manœuvre plombier, à la Société « L'Oyonaxienne », fabrique de celluloïd, avait été atteint d'un commencement d'asphyxie ayant déterminé une congestion pulmonaire. De ce fait l'ouvrier eut une incapacité de 18 jours.

La Compagnie d'assurances « Le Secours » reconnaît bien la matérialité du fait, mais voit dans la congestion *une maladie et non un accident.*

Le juge de paix : ... « Attendu que cette lésion est bien due à une force extérieure qui s'est produite à un moment déterminé du travail, etc...

« Pour ces motifs, condamne le patron D., à payer, etc. »

En février 1906, un ouvrier travaillant dans les ateliers de la S. M. P. (fonderie) vient de transporter de la fonte en fusion. Il est en sueur. Appelé par le contre-maître, pour faire un nouveau travail qui exige que cet ouvrier traverse un couloir très frais, l'ouvrier éprouve un frisson, continue son travail « pour réagir » ; puis, le surlendemain, s'alite avec le diagnostic de coup d'air. Son médecin habituel note une pneumonie le 3e jour. L'évolution paraît normale, quand le 10e jour, la fièvre s'élève, des oscillations s'établissent. Une pleurésie purulente, post-pneumonique, faisait son apparition. A quelques jours de là, appelé en consultation, je pratiquai l'aspiration. La guérison fut obtenue en deux mois. Mais le jeune malade fit de la tuberculose. Renvoyé chez lui, en Corrèze, il est réformé pendant sa période de 28 jours, et deux ans après, revient à l'usine où il put encore être occupé à des travaux peu pénibles.

C'est bien à l'occasion du travail que mon ouvrier a contracté sa pneumonie initiale, sa pleurésie et enfin sa tuberculose ! ! Mais on était en 1906 ! Ce malade toucha une indemnité-maladie supplémentaire, mais ne put bénéficier de la loi de 1898. Aujourd'hui nous n'hésiterions pas à demander un jugement à ce sujet.

IV

Ce que nous cherchons à établir pour la pneumonie, accident du travail (soit direct, soit indirect), peut également être admis pour la pleurésie. Plaie pénétrante et ecchymose apportent au diagnostic de pleurésie traumatique des preuves de grande valeur. Cependant la *pleurésie traumatique avec intégrité de la paroi thoracique* peut aussi se soutenir.

M. le Dr Gennari a eu l'occasion d'observer deux cas de pleurésies consécutives à un traumatisme de la paroi thoracique sans plaie pénétrante de la paroi, succédant, par conséquent, à une simple contusion du thorax. Ces pleurésies sont rares, contrairement à celles qui surviennent après les plaies de la poitrine qui, par le fait, permettent l'introduction des agents microbiens dans la cavité pleurale. Voici les observations de ces deux cas :

Dans le premier, il s'agissait d'un jeune homme de vingt-cinq ans, n'ayant aucun antécédent morbide et qui, tombé d'un arbre, eut une contusion du flanc gauche qui heurta avec violence contre une grosse pierre. A l'examen, on trouve une ecchymose occupant l'espace compris entre la cinquième et la neuvième côtes. Pas de plaie, pas de fracture de côtes. Le lendemain soir, légère submatité, frottement pleural allant en augmentant. Il s'agissait donc d'une pleurésie sèche, développée sous l'influence du traumatisme.

Le second cas est celui d'un homme de soixante ans, bien constitué et bien portant, qui fut frappé d'un coup de corne de bœuf sur la partie latérale gauche du thorax au niveau de la cinquième côte. Pas de plaie ni de fractures de côtes. Le troisième jour, la douleur avait aug-

menté ! Diminution de l'expansion thoracique à gauche, diminution du murmure vésiculaire, frottements pleuraux. Ces signes s'accentuèrent les jours suivants et l'on dut porter le diagnostic de pleurésie sèche d'origine traumatique. Cette pleurésie évolua aussi sans accident, et la guérison survint au bout de quinze jours.

(*La Médication martiale.*)

V

Voici un travail inédit de nos confrères Lert et Jacob, sur la « Pleuro-pneumonie traumatique ».

Résumé de l'affaire :

Le 19 mai 1912, mourait à Gentilly le sieur G.., terrassier, âgé de 48 ans. Le 11 mai, G. travaillant aux chantiers de MM. P. et Cie, fut renversé contre un wagon par un bloc de terre glaise qui se détacha d'un talus. Le 13 mai, le médecin de la Compagnie constate une « contusion du thorax au-dessous du mamelon droit ».

Le médecin traitant ne signale point la pneumonie ; ce n'est qu'au bout de 5 à 6 jours que le remplaçant du Dr X.... assiste à l'explosion de la pleuro-pneumonie et au décès qui survient 6 jours après l'accident. La veuve ne peut faire établir immédiatement la relation de cause à effet qui a entraîné la mort de son mari. Ce n'est qu'au bout de 5 mois qu'une autopsie va être ordonnée par la justice.

On va voir comment le Dr Paul, médecin légiste, et les Drs Lert et Jacob représentant la veuve, vont arriver à un *diagnostic irréfutable* de pneumonie traumatique.

Rapport sur les causes du décès de Louis G.

Le jeudi, 3 octobre 1912, à 9 h. 1/4 du matin, à la Morgue de Paris, les médecins soussignés Louis Lert (de la Faculté de Montpellier), demeurant 67, rue de l'Abbé-Groult, et Jules Jacob (de la Faculté de Paris), 70, rue de l'Amiral-Roussin, ont assisté, comme représentants de la veuve, à l'autopsie pratiquée par M. le docteur Paul, médecin légiste, sur mandat de justice, après exhumation du corps de M. G., son mari, décédé le 19 mai dernier.

M. G., terrassier, âgé de 48 ans, aurait été victime d'un accident du travail le onze mai, sur les chantiers de MM. P. et Cie, entrepreneurs à Gentilly.

Il s'agissait de rechercher les causes de la mort de G., et d'établir quelles relations de cause à effet pouvaient exister entre le décès et l'accident de travail du 11 mai précédent.

D'après le procès-verbal d'enquête, le témoin B., seul entendu, déclare : « Le 11 mai dernier, vers 2 h. du soir, j'étais en train de faire tomber un morceau de glaise qui menaçait de s'écrouler. G. était en bas du talus, en train de charger un wagon de glaise. Je n'ai rien vu de l'accident proprement dit. Mais en criant de prendre garde, je suivis le chemin que parcourait le morceau de glaise et je le vis tomber dans les jambes de G., qui fut renversé sur le wagon. »

Il y aurait, paraît-il, un second témoin, M. J., qui habite Arcueil, et travaille également chez MM. P. et Cie.

Le blessé signale l'accident dont il a été victime, et le médecin de la Cie délivre, le 13 mai, le certificat suivant :

« Je soussigné, docteur médecin de la Faculté de Paris, demeurant à G., certifie avoir examiné M. G., ouvrier de MM. P. et Cie, et avoir constaté :

« Contusion du thorax, au-dessous du mamelon droit ;

« Ce qui doit entraîner une incapacité de travail d'environ 12 jours.

« Fait à G., le 13 mai 1912.

Signé : Dr D. »

La mort de G. survient le 19 mai suivant.

Cette mort rapide, survenue chez un homme qui, au dire de sa femme (ils étaient mariés depuis vingt-et-un ans) n'avait jamais été malade, indiquait la nécessité d'une enquête complémentaire, et mieux, d'une autopsie immédiate.

D'après les documents fournis et l'examen méthodique pratiqué par M. le docteur Paul, médecin-expert désigné par le juge, nous allons voir quelles conclusions tirer de cette affaire.

Le Dr Paul, ayant fait placer le corps sur le ventre, pratique une série d'incisions longitudinales, superficielles et profondes, du cou, du dos, des bras et des jambes. Sur toute cette face postérieure, on trouve du gras de cadavre. Il n'est fait aucune remarque utile sur les incisions faites à la paroi thoracique postérieure.

Le corps, replacé sur le dos, on procède à l'ouverture du thorax et de l'abdomen. Les côtes, sectionnées attentivement, examinées une à une, fragment par fragment, ne montrent aucune trace de fracture.

Le poumon droit, dans toute sa hauteur, adhère, d'une façon très nette encore, à la paroi antérieure et postérieure.

Nous demandons à M. l'expert de rechercher les traces de la contusion thoracique signalée dans le certificat du Dr D....

A environ deux travers de doigts en dehors de la ligne verticale passant par le mamelon droit, au niveau des sixième et septième côtes, la peau, sectionnée en plusieurs sens, montre de l'infiltration sanguine très nette et qui résiste au lavage.

Nulle part ailleurs on ne trouve trace ecchymotique, ni les vestiges de ventouses sèches ou scarifiées.

Le cœur pèse 150 gr. ; pas d'athérome cardiaque ; aorte normale.

Le poumon droit pèse 430 gr. ; le gauche pèse 130

gr. ; ce dernier ne présente pas d'adhérences pleurales, pas de points congestionnés.

Le foie pèse 830 gr., montre des signes de dégénérescence graisseuse.

La rate est en bouillie déliquescente.

Le rein gauche pèse 80 gr., le droit 100 gr. La putréfaction en a détruit les caractères anatomo-pathologiques.

Rien à dire de l'estomac, de l'intestin, de la vessie, des organes génitaux.

Le crâne ouvert ne montre aucune trace de fracture.

Examen du poumon droit.

Sur le poumon droit doivent se concentrer les recherches anatomo-pathologiques.

Nous avons dit qu'il existait des adhérences pleurales serrées de ce poumon avec la paroi, en avant et en arrière.

Des fragments de l'organe, plongés dans l'eau, flottent entre deux eaux ; des bulles gazeuses dues à la putréfaction, empêchent ces fragments de couler à pic. Le parenchyme pulmonaire est splénisé, congestionné. La tranche de section est noirâtre, et le couteau, en râclant, fait sourdre une bouillie grisâtre.

Il s'agit d'une pleuro-pneumonie franche, de tout le poumon, à la période d'hépatisation grise ;—affection redoutable qui a emporté G. le 19 mai 1912.

Discussion.

Avant d'établir quelles relations peuvent exister entre cette pleuro-pneumonie mortelle et la contusion thoracique constatée par le Dr D..., premier médecin qui a vu G., quelques précisions sont nécessaires.

Nous avons fait demander à la veuve des détails sur l'évolution de la pneumonie constatée à l'autopsie. Voici sa réponse :

« Mon défunt mari a été très agité jusqu'au dernier « moment. Il a d'abord été visité *pendant trois jours* « par M. D..., *qui ne l'a jamais ausculté* ; ensuite, « c'est le remplaçant de M. D... qui le visitait, et « ce dernier l'a très bien ausculté, et m'a même « dit le jour de la mort : Madame, vous pourrez per- « cevoir quelque chose après la mort de votre mari. »

« Il n'est pas à ma connaissance qu'il ait été mis « des ventouses sur le corps de mon défunt mari.

« Depuis 20 ans que nous étions mariés, il n'avait « jamais été malade. »

Le Dr Paul et nous-même avions pensé à la possibilité d'une ecchymose produite par une ventouse.

Nous devons écarter *de plano* cette cause pour les raisons suivantes :

C'est le Dr D... qui a vu et certifié, 48 heures après l'accident, la contusion thoracique, au-dessous du mamelon droit.

Or, le Dr D... n'avait jamais ausculté le malade, et n'ayant pas mis de ventouses, n'a pu mettre *sans raison* sur son certificat : *Contusion du thorax, au-dessous du mamelon droit.*

Et cette *raison*, c'est l'ecchymose dont nous avons trouvé la trace à l'autopsie.

D'autre part, la *contusion* avait dû paraître *assez sérieuse* au Dr D..., puisque, médecin chargé de défendre les intérêts du Syndicat de garantie, et par conséquent peu suspect de partialité en faveur du blessé, ce confrère estime *qu'elle doit entraîner une incapacité de travail d'environ douze jours.*

Enfin, le Dr D... ne parle pas de pneumonie 48 h. après l'accident (13 mai) ni le 3e jour (14 mai), à la famille.

C'est seulement plus tard que son remplaçant assistait à l'explosion de la pleuro-pneumonie foudroyante, sans doute, quand les accidents dyspnéiques et les produits d'expectoration eurent forcé son attention.

(*A suivre.*)

TECHNIQUE MÉDICALE

Notions générales de sphygmomanométrie clinique.

Par le docteur A. GAMBIER.

Depuis quelques années, le nombre des publications sur la tension artérielle, sa mesure, ses variations à l'état normal ou pathologique, sa signification diagnostique ou pronostique, va sans cesse croissant.

De nombreux médecins qu'intéresse particulièrement la pathologie cardio-vasculaire, conscients de l'importance clinique de la sphygmomanométrie, se sont attachés à l'étude de cette question et l'ont véritablement rénovée.

Le temps est déjà lointain où les indications fournies par le sphygmomanomètre du professeur Potain satisfaisaient le médecin soucieux, ou plutôt curieux, de connaître sous quelle tension circulait le sang dans la canalisation artérielle. Certes, le maître a fait une étude remarquable de la pression artérielle, et imaginé un appareil de mesure susceptible de donner actuellement encore des renseignements cliniques intéressants ; mais, de quelle utilité véritable cet appareil peut-il être, même pour qui le possède et s'est habitué à le manier, aujourd'hui qu'il paraît incapable de répondre aux données du problème qui se pose, toutes les fois qu'on cherche à mesurer la tension artérielle pour en tirer des applications pratiques ?

Tension maxima, tension minima, pression

différentielle, valeur de la tension maxima, valeur de la tension minima, valeur de la pression différentielle, équilibre ou déséquilibre cardio-vasculaire, que de mots nouveaux, que de termes plutôt implicites sous lesquels s'obscurcit, pour qui n'est pas prévenu et éclairé, la notion de tension artérielle telle que les praticiens l'ont conçue depuis trente ans.

La formule était si simple : presser sur la pelote élastique du sphygmomanomètre de Potain jusqu'à extinction du pouls, lire le chiffre indiqué par le manomètre, comparer le chiffre trouvé au chiffre considéré comme normal, en déduire que la tension était normale, inférieure ou supérieure à la normale, puis, sceptique sur la précision d'une mensuration délicate à établir, n'en tirer que peu ou prou de déductions pratiques.

Quelle révolution, mais aussi quelle complication avec l'apparition des idées et des données nouvelles !

Comment se reconnaître dans leur dédale ?

Evidemment, il est facile d'établir la signification de la terminologie qui a pris naissance parallèlement à l'évolution de la science nouvelle. Pour qui se documente, les termes s'éclaircissent aisément. Mais cela reste théorique et spéculatif. Pour objectiver les dénominations éparses dans les publications spéciales, et leur donner droit de cité dans le langage clinique, il faudrait avoir sous la main l'appareil idéal, indiscuté, employé par tous les précurseurs qui tentent d'éduquer le grand public médical, le même appareil qui a servi à tous les observateurs, à rénover la science et la sphygmomanométrie.

Mais autant d'exposés, d'observations, autant d'articles critiques, autant de techniques, autant de chiffres et de rapports de chiffres différents, autant de conclusions particulières. Les indications des sphygmomanomètres ne sont pas comme celles des thermomètres, de fabrication différente, comparables entre eux ; bien plus, on ne paraît pas s'entendre sur la valeur séméiologique des tensions. Où est le critère ? Où est la base d'appréciation et de déduction ? Faut-il les chercher dans la tension maxima, dans la tension minima, dans leur rapport réciproque ?

Certes, ces techniques variables, ces discussions, ces divergences dans l'évaluation et la signification des mesures, ces contradictions, apparentes il est vrai, démontrent que la sphygmomanométrie n'est pas une science établie comme la thermométrie, et qu'elle a dû subir, avant d'être fixée et unifiée, des modifications et des progrès ; mais ce serait une grosse erreur d'attendre ce point de perfection d'une technique et d'une interprétation uniformes, peut-être inaccessibles et irréalisables, pour s'intéresser à la sphygmomanométrie et en tirer des applications nettement pratiques.

Parce que chaque observateur a une technique personnelle, parce qu'il propose des déductions qui ne sont pas numériquement comparables à celles du voisin, il ne faudrait pas croire que l'accord n'est pas fait sur les questions de principe. En réalité, la sphygmomanométrie est dès aujourd'hui établie sur des bases solides. Ce qui obscurcit la question, c'est le débat qui s'agite autour d'elle et qui donne l'impression de demeurer, sinon imprécis, tout au moins indécis, pour qui n'est pas familiarisé avec les termes répandus dans la discussion. Chacun écrit en s'imaginant, en supposant — préciput regrettable — que le lecteur connaît la signification et la valeur de tous les termes et de tous les chiffres éparpillés dans le conflit. Or, ne nous le dissimulons pas, il n'en est pas ainsi.

Pour lire avec intérêt, avec fruit, toutes les publications récentes, il nous a fallu une initiation, une étude, plus que quelques instants de réflexion. C'est le résultat de notre attention, sollicitée par tant de travaux intéressants, que sans la moindre prétention nous voulons exposer dans cet article (1).

Une seconde de réflexion suffit pour se rendre compte que le sphygmomanomètre de Potain ne saurait avoir, et n'avait du reste pas, la prétention de mesurer la tension artérielle comme si la tension était *une*. Le sang, dans les artères, n'est pas en effet soumis à une presssion déterminée, mais à une variation de pression périodique. Il n'y a pas de pression artérielle fixe, il y a des variations de pression, engendrées d'une part par la contraction du ventricule gauche, qui tend à chasser le sang du cœur vers la périphérie, d'autre part, par la résistance que les vaisseaux périphériques opposent à l'écoulement du sang et par la réaction que ces vaisseaux présentent consécutivement à la tension provoquée par l'ondée systolique. En d'autres termes, la tension, la pression artérielle, ne saurait être évaluée par *un* chiffre, puisqu'elle est la résultante de deux éléments antagonistes : 1° la force de contraction du ventricule gauche, qui tend à faire pénétrer le sang dans les artères ; 2° la résistance à l'écoulement et la réaction opposée par les artères à la pénétration du sang.

Et de cette notion si simple, mais capitale, découle qu'il n'y a pas de tension artérielle, qu'il n'y a pas *une* tension artérielle, mais deux tensions artérielles, dont les valeurs respectives sont comprises entre un maximum et un minimum, ou si l'on veut, que la tension artérielle n'est jamais fixe, mais oscille régulièrement en-

(1) Au cours de cet exposé didactique, nous ne citerons aucun nom d'auteur. Nous tenons cependant à signaler le livre de Martinet « Pressions artérielles et viscosités sanguines », Masson 1912, qui nous a servi de guide dans nos recherches personnelles.

♦♦♦♦

tre une valeur maximum — pression maxima — et une valeur minimum — pression minima — dont l'une est le reflet de l'effort ventriculaire, la seconde, le reflet de la résistance à l'écoulement.

Quand on évalue ces valeurs, le chiffre de la tension maxima encore appelée tension systolique, indique le point culminant de pression, que le liquide, circulant dans l'artère considérée, atteint après que l'ondée sanguine s'est engouffrée dans les vaisseaux. C'est lui qui précise jusqu'à quelle limite le cœur vainc la résistance périphérique. Le chiffre de la tension minima renseigne sur la pression qui existe dans le système artériel, à la fin de la diastole ventriculaire, et au-dessous de laquelle le sang ne tombe pas, d'où le nom de pression diastolique donné encore à la pression minima, d'où le nom de pression constante que lui donnait Marey.

En d'autres termes encore, alors que la Tmx traduit la surpression intermittente, imposée aux artères par la contraction rythmique du cœur, la Tmn détermine l'effort que doit fournir le cœur pour vaincre la résistance des valvules sigmoïdes et celle de la colonne sanguine qui appuie sur ces valvules dans l'intervalle de deux contractions.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si l'on doit prendre la tension maxima ou la tension minima comme base des classifications sphygmomanométriques.

Il semble bien établi par les considérations qui précèdent que la tension minima a une valeur prépondérante, puisque contrairement à la Tmx qui est soumise à toutes les perturbations physiologiques que reflète le cœur, elle est pratiquement constante à l'état normal, non seulement chez un même individu, mais chez tous les individus, et qu'ainsi ses variations ont une importance plus caractéristique. C'est bien elle qui permet de connaître l'état de distension réelle des artères, et d'apprécier la résistance que doit vaincre le cœur. Plus la pression minima sera élevée, plus l'effort cardiaque doit être grand pour assurer l'évacuation ventriculaire.

Mais, cliniquement, il est impossible de prendre la Tmn comme base exclusive des classifications sphygmomanométriques. Chacune des tensions a sa valeur séméiologique propre, et en réalité, s'il est incontestable que l'hypertension minima règle le travail, commande le surmenage et coïncide souvent avec le fléchissement du cœur, il n'est pas discutable non plus que c'est le rapport des deux tensions qui définit la puissance cardiaque, qui décèle et qui traduit l'état d'équilibre ou de déséquilibre cardio-vasculaire.

C'est pourquoi la notion de rapport des tensions, ce que les Allemands appellent Pulsdruck, ce que Marey appelait la pression variable, par opposition à la pression diastolique constante, ce que nous appellerons dorénavant pression différentielle, ou encore pression du pouls, est une notion sans laquelle il n'est pas de sphygmomanométrie clinique utile. C'est en effet la pression différentielle — P D — qui exprimera le rapport existant entre le cœur et les vaisseaux artériels, qui nous dira de quelle façon la résistance à l'écoulement est vaincue par le cœur, si le cœur suffit ou non à la tâche qui lui est imposée.

Sur ces principes élémentaires, l'accord depuis quelque temps est unanime ou peu s'en faut ; chacun admet que les termes de l'équation à résoudre sont Tmx, Tmn, P D, et qu'en connaissant les deux premiers, on obtient par simple déduction le troisième, comme élément utile de dynamique circulatoire. Mais où les divergences apparaissent, c'est quand il s'agit de déterminer comment on doit mesurer les tensions maxima et les tensions minima pour en tirer la valeur de P D.

Pour la mesure de la Tmx, certains, constituant aujourd'hui une infime minorité, continuent à employer le sphygmomanomètre de Potain qui, convenablement manié, donne, en fait, des renseignements suffisamment précis. D'autres, le plus grand nombre, utilisent les appareils à manchette circulaire pneumatique, qui embrassent la circonférence tout entière de la partie du corps interrogée, et qu'on gonfle jusqu'à extinction du pouls. Mais les uns considèrent l'extinction du pouls en aval de la région comprimée (en pratique, extinction du pouls radial par compression concentrique du bras) ; d'autres la considèrent au niveau même de la région comprimée (en pratique, au niveau du pouls radial ou des artères collatérales des doigts).

Les appareils et les chiffres obtenus sont différents suivant chaque méthode.

Pour la mesure de la tension minima, les divergences sont moins profondes et moins variées ; la méthode des oscillations présente une supériorité tellement manifeste qu'elle est adoptée pour ainsi dire par tous les observateurs, et que presque tous emploient le sphygmomanomètre de Pachon pour la détermination de la Tmn. Mais certains y ajoutent des dispositifs personnels, qui modifient les chiffres obtenus par le Pachon employé exclusivement ; et le médecin est dérouté, en face de chiffres et de rapports de chiffres qui ne sont pas comparables à ceux qu'il avait notés dans la publication de la veille, et qu'il comptait utiliser comme repères dans sa pratique personnelle.

Certes, les raisons de ces méthodes particulières sont légitimes et faciles à démêler ; elles reflètent la recherche d'une précision toujours plus grande, et d'une détermination toujours plus rigoureuse, dans les mesures des pressions arté-

rielles ; elles traduisent aussi le désir d'obtenir des mensurations toujours plus rapprochées de celles qu'ont fournies les mensurations directes, faites chez des amputés, avec une canule placée dans la lumière même de l'artère et reliée à un manomètre.

Toutefois, on peut objecter que ces mensurations, dites directes, sont en réalité indirectes. L'inertie de la solution anticoagulante, dont est rempli le tube qui fait communiquer la canule intra-artérielle et le manomètre, l'inertie du mercure, l'élasticité des parois du tube de communication, les frottements des liquides, s'opposent à une évaluation rigoureusement exacte des oscillations de pression. Puis, les mensurations directes ont été trop rarement pratiquées pour avoir une valeur indiscutable, et servir de substratum infaillible. Enfin, les mensurations faites avec un appareil différent pour chacune des deux tensions entraîne une complication instrumentale, et une perte de temps qui les rendent impraticables en médecine courante. La sphygmomanométrie ne pourrait intéresser le médecin praticien et n'être employée par lui, à l'égal de la thermométrie, que si l'on peut lui proposer un appareil donnant aisément, rapidement, extemporanément, les mesures des deux tensions.

Les chiffres qui s'inscriront sur le cadran du manomètre pourront être en désaccord avec les chiffres que donneraient les oscillations d'un manomètre relié à une canule, placée à l'intérieur même du vaisseau exploré. Qu'importe ! Le coefficient d'erreur sera toujours égal à lui-même et négligeable, s'il est inférieur au coefficient des variations pathologiques. Les résultats des mesures prises chez différents malades seront toujours comparables entre eux. Du moment qu'il connaîtra les rapports normaux des tensions indiqués par cet appareil, employé à l'exclusion de tout autre, le médecin pourra tirer des chiffres enregistrés, des indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques aussi utiles que s'il avait recours à des appareils multiples, de maniement plus délicat, donnant peut-être, donnant sans doute des chiffres plus voisins de la réalité.

Or, un appareil réunissant les conditions d'un maniement simple, d'une lecture rapide et facile dans la majorité des cas, d'une sensibilité constante, d'une approximation pratiquement plus que suffisante, existe et mérite d'être dans les mains de tous les médecins praticiens. C'est le sphygmomanomètre de Pachon, appelé par son auteur : oscillomètre sphygmométrique, parce qu'il réalise pratiquement la méthode des oscillations de Marey

(A suivre.)

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Un procédé d'enfumage antiseptique.

Procédé ingénieux et pratique en effet décrit par MM. H. Pénau et M. Muselli, dans la *Gaz. des Sc. méd. de Bordeaux.* Le premier appareil construit et utilisé par les auteurs se composait sommairement d'une soufflerie de thermocautère ajustée à une canule en verre La poudre à volatiliser pour obtenir les vapeurs d'iode, iodoforme, diiodoforme, vioforme, était introduit dans la canule puis chauffée au moyen d'une lampe à alcool. Ils réussissaient ainsi à enfumer les cavités naturelles ou pathologiques, dans d'excellentes conditions, sauf une sensation de cuisson douloureuse mais passagère. Ils recommandent de ne faire que deux enfumages par semaine. Lorsqu'il s'agit du vagin ou du col utérin, on prendra la précaution de ne pas irriguer les muqueuses à soumettre à l'enfumage de manière à les trouver plus asséchées et plus absorbantes.

Mais, cet appareil rurudimentaire a l'inconvénient de ne pas permettre l'introduction facile et la conglomération de la poudre en un point déterminé. Aussi, les auteurs ont-ils eu l'ingénieuse idée de remplacer la canule ordinaire par un tube en verre d'un diamètre intérieur de 0,01 coudé, dont la branche horizontale est creusée d'un godet permettant au besoin un dosage approximatif. En avant sont des dents qui battent les vapeurs dégagées de manière à retenir les particules solides qui pourraient être entraînées par le courant d'air. Une feuille de clinquant roulée en spirale autour de l'instrument en protège la partie soumise au chauffage.

Grâce à ce dispositif, il est possible de faire la ventilation et l'antisepsie pulmonaires dans les cas où elles sont indiquées : gangrènes et abcès, dilatations bronchiques, bronchites fétides, tuberculoses, etc.

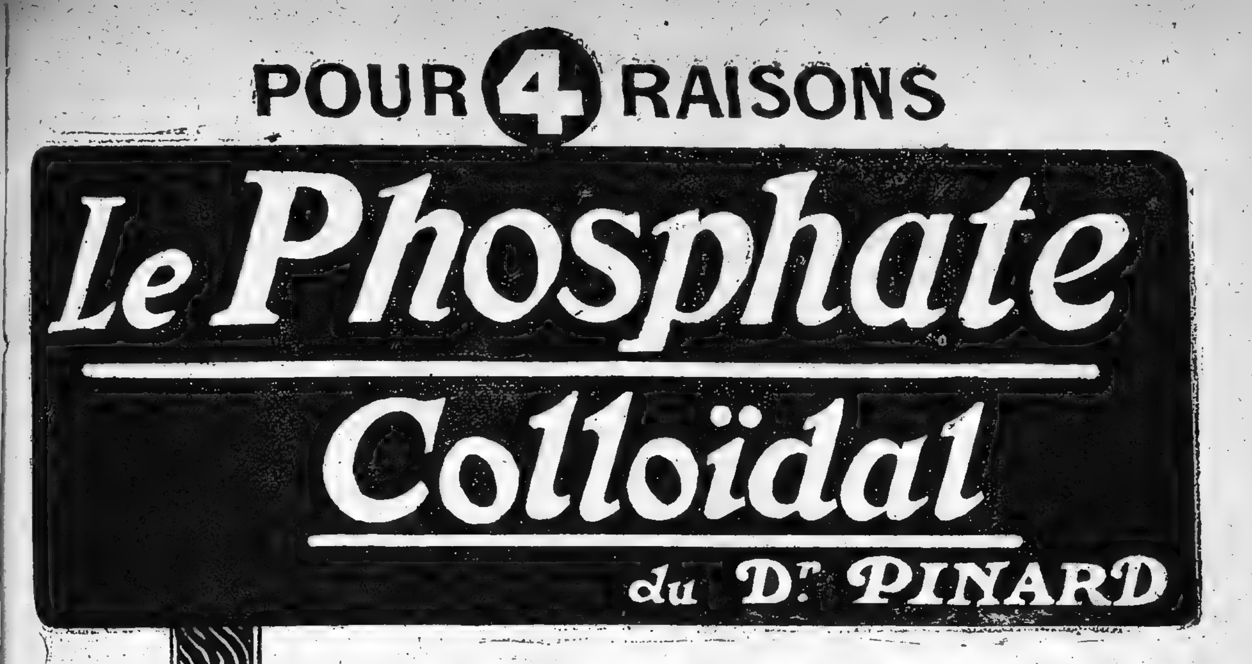
Les auteurs ont utilisé le mélange suivant :

Eucalyptol...............	âã parties égales
Gaïacol synthéthique........	
Gomenol iodoforme.........	

On commence par remplir le godet de poudre de talc, puis on fait couler 5 à 6 grosses gouttes du mélange ci-dessus qui s'incorpore au talc. En chauffant, on obtient des vapeurs qu'il est possible et facile de projeter dans les voies respiratoires, en faisant coïncider l'action de la soufflerie avec l'inspiration. L'opération est bien supportée et certains malades ont accusé un effet eupnéique très net. Cependant les vapeurs d'iode sont quelque peu irritantes. On les éviterait en substituant le gomenol pur ou gomenol iodoformé.

Il est indiqué de faire des séances de dix inspirations une fois, puis deux fois par jour, dès que le le malade est entraîné.

MM. Pénau et Muselli ont même réussi, par jeu, disent-ils, à volatiliser ainsi du mercure en vue de l'emploi de la médication hydrargyrique pulmonaire.



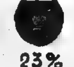
POSOLOGIE

PHOSPHATE
- **ADULTES** : 2 à 3 cuillerées à bouche par jour avant les repas.
- **ENFANTS** : 2 à 3 cuillerées à dessert ou à café selon l'âge

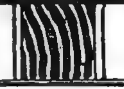
Doit être préféré à **TOUS** les similaires!

1 Il est complètement **INSOLUBLE** et se présente à l'état **NAISSANT** dans un état extrême de division (**COLLOÏDAL**).

TABLEAU COMPARATIF DU DEGRÉ D'ASSIMILATION
des Phosphates de Chaux Thérapeutique





Phosphate Tricalcique	Phosphate acide de chaux	Glycérophosphate de chaux	Phosphate gélatineux colloïdal
23%	30%	39%	89%

2 Il contient toute la **MATIÈRE ORGANIQUE DES OS** dont il est extrait (orientation vitale du professeur **ROBIN**) ainsi que leur **SILICE** et leurs **FLUORURES** qui retiennent la chaux.

3 Il est en suspension dans un liquide **NEUTRE** et **ISOTONIQUE**.

POSOLOGIE

PHOSPHARSYL
- **ADULTES** : Une cuillerée à bouche avant les deux grands repas 5 jours sur 8
- **ENFANTS** : Une cuillerée à dessert ou à café selon l'âge 5 jours sur 8



4 Il a une **ASSIMILATION MAXIMA**

LE PHOSPHARSYL

est le même produit contenant 3 centigrammes de méthylarsinate de soude par cuillerée à bouche

Laboratoires du Docteur PINARD, ANGOULÊME (Ch^te)

CORRESPONDANCE

Propositions étranges des compagnies d'assurances.

Vous voudrez bien trouver ci-inclus la lettre que vient de m'adresser la compagnie, la X.., dans laquelle elle m'offre de devenir son médecin.

J'ai pensé que ce document vous intéresserait : vous pourrez le joindre si vous le jugez bon à la liste des prétentions des compagnies d'assurances que vous publiez quelquefois dans le *Concours*.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que je refuse énergiquement le marché, et que je viens d'en informer, en termes énergiques, l'agent de la compagnie.

Dr G.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une feuille spécimen de nomination de médecin de notre compagnie.

Vous y trouverez les conditions faites à MM. les docteurs qui veulent bien accepter de traiter à forfait avec elle pour les soins à donner à ses sinistrés.

Vous voudrez bien, Monsieur, en me renvoyant la dite feuille, me faire connaître si vous voulez bien accepter ces conditions, et dans l'affirmative, nous vous adresserons immédiatement une feuille absolument semblable que vous voudrez bien signer et dont vous voudrez bien nous renvoyer l'accusé de réception qui y est joint.

Dans l'attente d'une prompte réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le docteur, etc.

Nomination de médecin.

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous informer que sur la présentation de M................ notre agent à......... nous vous avons choisi comme médecin de notre compagnie.

Les instructions imprimées au dos de la présente définissent la mission que nous vous confions.

Vos honoraires sont fixés à dix francs par sinistre, quelle qu'en soit l'importance. Moyennant cette rétribution, vous devez soigner les blessés, soit à votre cabinet, soit à domicile jusqu'à complète guérison.

Lorsque, par suite de ses blessures, le sinistré ne pourra se rendre à votre cabinet et que vous devrez vous rendre à son domicile, il vous sera alloué, en dehors de votre ville, une indemnité de déplacement de 1 fr. par kilomètre parcouru (0.50 à l'aller et 0.50 au retour).

Les opérations chirurgicales auxquelles les accidents pourront donner lieu, vous seront payés d'après le tarif ci-dessous :

Luxations : épaule, coude, pouce, 30 fr ; hanche, 60 fr.

Fractures : Doigt, 10 fr. ; radius, péroné, clavicule, bras et avant-bras, 30 fr. ; jambe, 60 fr. ; cuisse, 80 fr.
Amputations : Doigt, 10 fr. ; bras, 50 fr. ; jambe, 70 fr. ; cuisse 100 fr.

Veuillez agréer, monsieur le docteur, l'assurance de notre considération distinguée.

Le directeur de la compagnie,

Instructions à Messieurs les médecins.

La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, met les frais médicaux et pharmaceutiques à la charge des patrons et, par conséquent, à la charge de compagnies qui les assurent.

Tous les ouvriers apppartenant aux professions visées par la dite loi ont donc droit aux soins médicaux jusqu'à complète guérison.

La mission des médecins agréés par la compagnie consistera :

1° A visiter les ouvriers blessés, soit dans leur cabinet lorsque ces derniers peuvent s'y rendre, soit à domicile dans le cas contraire.

2° A rédiger deux bulletins de constatation, l'un destiné à la mairie et l'autre à l'agent de la compagnie. Il est remis aux médecins des carnets contenant les formules de ces bulletins. Ils devront remplir ces formules avec le plus grand soin, surtout dans la partie où ils auront à indiquer la nature de l'accident et ses conséquences probables. Il importe qu'ils soient aussi précis que possible dans leurs diagnostics, afin de ne pas exposer MM. les maires à transmettre aux juges de paix, pour enquêtes, des sinistres qui ne doivent donner lieu qu'à une simple incapacité temporaire de travail ;

3° A donner leurs soins aux blessés jusqu'à complète guérison.

Pour être admis à la consultation, l'ouvrier blessé doit être porteur d'un bulletin, modèle n° 160 (couleur bleue), qui lui est délivré au moment de l'accident par le chef d'entreprise ou ses préposés ; ce bulletin sur lequel le médecin consigne la date de ses visites, reste entre les mains du sinistré pendant toute la durée de son incapacité de travail. Lorsque le médecin juge le sinistré apte à reprendre son travail il signe ce bulletin, après y avoir indiqué la date de la guérison, et l'adresse à l'agent de la compagnie.

Quand un ouvrier sinistré, usant de la faculté que lui accorde la loi, déclarera vouloir se faire soigner par son propre médecin, le médecin de la Compagnie se bornera à constater l'accident comme il est dit ci-dessus et à inviter le blessé à se présenter à son cabinet aussi souvent qu'il le jugera nécessaire au contrôle qu'il est appelé à exercer sur la marche de la maladie et à la date qu'il croira devoir lui indiquer pour faire constater sa guérison.

Réponse.

Sur la proposition en elle-même, rien de particulier à dire. C'est le forfait avilissant, immo-

ral, paradoxal dans toute sa louche splendeur. Aux médecins à ne pas accepter ces conditions et à ne pas signer un contrat qui consacrerait leur déchéance, mais qu'ils n'en devraient pas moins subir pendant sa durée, s'ils avaient la faiblesse de s'y laisser prendre.

Mais, *in cauda venenum*, il y a le dernier alinéa des *instructions à MM. les médecins* qui n'est rien moins qu'une illégalité, la loi est formelle : le médecin contrôleur ne peut avoir accès auprès du blessé que dans des conditions parfaitement définies et notamment en présence du médecin traitant. En donnant ainsi une formidable entorse à la loi, les Compagnies montrent bien ce qu'elles sont, fuyons-les comme la peste : c'est le moins que uous puissions faire.

La désinvolture des Conseils généraux à l'égard des médecins de l'A. M. G.

Je joins à ma lettre une circulaire du préfet réduisant de 3 % de plus (20 % déjà) le tarif pharmaceutique et supprimant la rémunération de quelques interventions.

Je suis bien décidé à ne pas perdre ce que le Conseil général ne veut plus payer. Les indigents ajouteront de leur poche le supplément ; la plupart pourraient payer le médecin au tarif local, s'ils réclament à leurs élus ou à l'administration, on verra bien ce qui se passera. Si je les mets dans l'alternative de payer ou de se faire soigner ailleurs, comme personne actuellement ne veut plus se déranger, encore moins celui qui ne paie rien que le bon client qui s'exécute, ils n'auront qu'à se débrouiller pour faire cesser cet état de choses.

Quand une consultation suffirait au client ordinaire, l'indigent exige le déplacement du médecin, et réellement, il est des cas où il est dérisoire et scandaleux de mettre le chiffre d'une visite en *face d'un diagnostic des plus bénins*. En outre, il faut leur faire parvenir les médicaments, ils ne se dérangeront pas plus pour venir les chercher que pour venir à la consultation. Franchement, quand on voit ce qui se passe, on ne peut s'empêcher de penser que les lois sociales récentes, excellentes dans leur principe, deviennent par leur application des facteurs importants de démoralisation, de corruption. C'est la mendicité officiellement établie et passée dans les mœurs. Je connais des individus qui ont si bien évolué qu'actuellement, ils considèrent leur admission à l'A. M. G. comme un droit, alors qu'il y a 10 ans, ils auraient rougi d'aller demander ce qu'ils considéraient comme une aumône. Dans ce temps-là ils travaillaient, maintenant ils comptent sur l'Etat-Providence pour faire bouillir la marmite.

J'ai quelques voisins qui pensent comme moi, mais jusqu'ici, les tentatives de Syndicat ont échoué par

la faute de deux dissidents qui sont justement ceux qui prétendent à la grosse clientèle ; l'un est vice-président d'une société mendiante et d'une jalousie qui le pousse à la surenchère vis-à-vis des confrères, tant au point de vue de la complaisance exagérée et l'empressement à l'appel que pour les prix, et les confrères sont obligés de suivre. C'est le public qui en profite et se paie leur tête par surcroît.

L'autre, dans un autre rayon, moins jaloux, d'esprit plus posé et moins hostile, mais son peu d'enthousiasme syndicaliste vient de ce qu'il possède dans son rayon la plus forte partie de la clientèle — dont il vit — il n'a pas besoin de lui faire rendre tout ce qu'elle est susceptible de donner, parce qu'il n'a pas besoin de faire des économies pour sa vieillesse. — Elles ont été faites par ses parents et son mariage. — Il aurait tendance, malgré un tarif convenu, à faire le rabais au moment du règlement, d'où tort pour les voisins. Ils ont une S. M. à mettre au pas qui leur procurerait ou de plus forts honoraires ou la même somme avec moins de travail, si celui-là ne tirait en arrière.

Il voile son peu d'empressement sous le motif que, s'il faisait partie d'un Syndicat, il ne voudrait pas être obligé par solidarité d'accepter et défendre certains abus et certaines compromissions, que je crois réelles, quoique peu importantes, mais qui n'en existent pas moins. Il est certain, comme il le pense, et comme nous le désirerions, que nous ne devrions même pas être soupçonnés. Malgré ces motifs, je crois qu'il a tort quand même ; ceux qui ont pu commettre des abus ou accepter quelque mince compromission, dès qu'ils feraient partie du Syndicat, cesseraient ces pratiques indélicates pour ne pas encourir le reproche, la mésestime et les sanctions des confrères obligés pour le bon renom de la profession de se solidariser avec eux pour de mauvais cas flagrants. Les idées ne vont pas vite. C'est le hasard des rencontres ou des consultations qui nous font prêcher ; mais ne désespérons pas, le grelot est attaché ; s'il n'y avait plus qu'un dissident, ça irait tout seul et on pourrait vous appeler. Comme il y a même rivalité de canton entre les deux dissidents, il serait nécessaire de ne mettre la réunion ni dans l'un, ni dans l'autre chef-lieu, mais entre les deux.

Dr M.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfecture de la Vienne.

Modifications du tarif des médicaments et des opérations faites à domicile pour le compte de l'assistance médicale gratuite

Arrêté :

Le préfet de la Vienne, officier de la Légion d'honneur ;

Vu la délibération du conseil général de la Vienne, en date du 16 septembre 1913, relative à la révision

du tarif des médicaments et des opérations faites à domicile pour le compte de l'assistance médicale gratuite dans le département ;

Vu le règlement sur le service de l'assistance médicale gratuite ;

Vu le tarif annexé à l'arrêté préfectoral du 11 octobre 1909, modifié par le Conseil général le 27 avril 1911 ;

Vu l'article 3 de la loi du 10 août 1891 ;

Arrête :

Article premier. — Est exécutoire *à partir du 1er janvier* 1914 la délibération du 16 septembre 1913 par laquelle le conseil général a décidé que le tarif actuel des médicaments et des opérations faites à domicile pour le compte de l'assistance médicale gratuite continuerait d'être appliqué pendant les années 1914, 1915 et 1916, sous réserve des modifications ci-après indiquées.

Art. 2. — Le présent arrêté sera imprimé et adressé, ainsi que les modifications adoptées, à MM. les médecins et pharmaciens de la Vienne.

Fait à Poitiers, le 29 décembre 1913.

Le préfet,

Modifications aux tarifs pharmaceutique et des opérations.

Le rabais consenti par les pharmaciens est porté de 20 % à 23 %.

Supprimées :

1 Pointes de feu ;
2 Ventouses ;
3 Réduction de paraphimosis ;
4 Réduction de hernie avec taxis prolongé.
5 Polypotomie.

Injections de sérum : 5 francs la première et 2 francs les suivantes.

Réponse

Vous avez raison de réclamer à l'indigent le surplus de ce qu'il vous doit, comme différence entre le tarif de l'A. M. G. et le tarif local. Mais permettez-nous une observation. En acceptant de soigner les indigents, avez-vous pris l'engagement de ne réclamer, comme honoraires, que ceux fixés par arrêté préfectoral ? Si oui, vous ne pouvez rien réclamer, en sus de ce tarif officiel, à tous ceux qui figurent sur les listes de l'A. M. G. Il ne vous resterait alors qu'à donner votre démission motivée au préfet, lui disant que, devant la modicité des honoraires et la parcimonie avec laquelle vous êtes payé, vous préférez soigner vos malades à votre guise, les faire payer quand et comme bon vous semble, sans qu'une administration trop avare ait d'ordre à vous donner.

Si un certain nombre de vos confrères voulaient imiter ce geste, la bureaucratie préfecto-

rale serait bien ennuyée et il est plus que probable que le conseil général écouterait vos réclamations avec plus d'intérêt et de bienveillance. Quant à la formation de votre Syndicat, allez donc de l'avant et ne vous préoccupez pas des dissidents. Croyez bien qu'ils ne pourront guère faire obstacle à votre initiative, car ils seront les premiers à suivre votre exemple, s'il est bon et s'ils y trouvent leur intérêt. Si l'on regardait toujours les traînards, on ne pourrait rien faire. Allons ! un bon mouvement et fondez votre syndicat entre tous ceux qui ont la foi syndicaliste. Puis, agissez. Les hésitants et les peureux viendront à vous lorsque vous aurez fait vos preuves.

De deux jumeaux, quel est l'aîné ?

J'ai assisté dernièrement à un accouchement gémellaire (le 5e de ma pratique) qui s'est d'ailleurs fort bien passé : deux garçons dont le dernier porte sur l'épaule gauche un petit grain de beauté, maudit grain qui m'ennuie énormément.

Les parents, très satisfaits de mes services, m'ont demandé lequel des deux enfants était l'aîné ? J'ai répondu que suivant les usages adoptés, c'est le dernier venu qui doit être l'aîné.

Cette réponse n'a pas satisfait ces personnes et on m'a déclaré que, pour des motifs sérieux, ils étaient obligés de me prier de leur citer un article du code ou une décision de la cour de cassation qui tranche judiciairement cette question. Or, le vieux code que je possède est muet à ce sujet, qui cependant a dû être étudié et résolu par les juristes.

Je voudrais donc prier notre avocat-conseil de m'éclairer de ses lumières, car il s'agit de ma réputation et, d'un autre côté, je puis très facilement perdre mes clients mécontents qui s'adresseront à un autre confrère.

Réponse.

Notre avocat conseil nous communique l'extrait suivant des *Pandectes français* : actes de l'état-civil.

Art. 122. Lorsque l'officier de l'état-civil est appelé à dresser les actes de naissance d'enfants jumeaux, il doit, sous peine de commettre une contravention grave, dresser un acte spécial pour chacun d'eux, en ayant soin d'indiquer lequel est sorti le premier du sein de la mère. *Celui-ci étant considéré comme l'aîné*, l'acte qui le concerne doit être inscrit le premier

(Cass. 17 avril 1843, Dalloz 1844-2-25 ; Hutteau d'Origny, p. 154 et 155 ; Halleville t., p. 37, Rieff, p. 383 ; Gruère, no 157.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Explications complémentaires.

Pourquoi, m'écrit un correspondant, déclarez-vous impossible, dans une Société de secours mutuels, l'établissement d'un rapport exact et fixe entre les engagements des sociétaires et les engagements de la Société ? Pourquoi, en d'autres termes, à une cotisation annuelle fixe ne pourrait-elle faire correspondre une pension fixe ou une indemnité fixe?

Cette lettre me montre que ma réponse de la semaine dernière n'a pas été suffisamment explicite ; je vais donc tâcher d'être plus clair, en me servant d'un exemple concret et de chiffres qui correspondent à une réalité.

Je prends d'abord pour exemple l'indemnité maladie et je suppose une société comptant mille sociétaires.

Ces mille sociétaires, en fin d'année, donneront une certaine somme de journées de maladie et par conséquent d'indemnités à payer ; or, *le principe de la mutualité, consistant à faire supporter par le groupement tout entier la somme des risques individuels courus par les membres de ce groupement*, il conviendra de répartir entre les mille membres, le total des indemnités à payer, et ce règlement, fait ainsi en fin d'année, ne pourra prêter à aucune contestation, puisqu'il sera basé sur des chiffres vérifiés et connus.

Mais ces mille membres ne donneront pas, tous les ans, le même nombre de journées de maladie, ni par conséquent la même somme d'indemnités à payer ; si je prends des chiffres correspondant à ceux de la *Mutualité familiale*, je vois que : :

En 1910, mille membres ont donné lieu à 44.137 fr. d'indemnités.

En 1911, mille membres ont donné lieu à 56,259 d'indemnités ;

En 1912, mille membres ont donné lieu à 45.180 fr. d'indemnités ;

On voit que pour l'indemnité fixe de la *Mutualité familiale*, les versements des sociétaires auraient varié chaque année. La démonstration serait faite si l'usage était de régler ainsi en fin d'exercice.

Mais un semblable mode de faire présenterait trop de difficultés de tous ordres pour qu'il pût être adopté, et c'est au commencement de l'exercice annuel que le sociétaire doit verser sa cotisation dans les sociétés de secours mutuels. Il faut donc que le quantum de cette cotisation ait été calculé à l'avance.

Pour ce calcul, un assez grand nombre de facteurs entrent en ligne de compte : la morbidité d'abord, ensuite la mortalité, enfin le taux de l'intérêt de l'argent. Comme, d'une part, ces facteurs sont variables, et que, d'autre part, l'actuaire a la préoccupation de ne réclamer du sociétaire que le strict nécessaire, on conçoit que les barêmes des cotisations ne puissent être établis qu'avec une approximation relative et que l'expérience réclamera des corrections de temps à autre.

Je prends la morbidité.

Au bout d'un nombre d'années suffisamment long pour que l'observation ait porté sur une somme de risques assez élevée, et pour que les causes secondaires aient pu devenir négligeables, les moyennes atteindront une fixité relative et la société pourra construire sa table de morbidité propre ; mais, en attendant, il aura fallu se servir d'une table existante en choisissant celle qu'on aura supposé devoir se rapprocher le plus de la future table spéciale qu'on ignore — et c'est sur cette table existante, plus ou moins approximative, qu'on aura pu dresser le barême des cotisations.

Comme fatalement des écarts se produiront entre les données de cette table initiale d'après laquelle auront été faits les calculs et les résultats de l'expérience de la Société elle-même, il conviendra de faire les rectifications nécessaires et de recommencer les calculs d'après ces rectifications : le quantum de la cotisation sera donc modifié de ce fait.

Avec le temps, nécessairement, les précisions deviendront plus grandes et les écarts diminueront d'amplitude ; ils pourront même être insignifiants, et c'est à ce résultat que doit tendre une société rationnelle comme la *Mutualité familiale*, mais pour cela il lui faut et la durée et le nombre.

Ce que je viens de dire s'applique à la mortalité ; il aura fallu se servir d'une table qui, certainement, ne coïncidera pas avec la table réelle que donnera plus tard la société elle-

même, et, de ce fait encore, des corrections seront nécessaires.

Enfin les variations du taux de l'intérêt de l'argent :

L'actuaire a dû tout d'abord, en face de la somme des risques qu'apportera chaque sociétaire d'après les tables de morbidité et de mortalité adoptées, établir la cotisation unique que le sociétaire devrait verser à son entrée ; il calculera ensuite la cotisation annuelle constante que ce sociétaire versera en réalité : pour l'une comme pour l'autre de ces opérations, il doit faire intervenir le taux de l'intérêt de l'argent. Or, on sait à quelles variations est exposé ce taux de l'intérêt. Comme il n'est pas possible de prévoir ces variations, force sera bien d'en tenir compte périodiquement, et ce sera encore une cause fatale de variation de la cotisation.

. . . .

Et la conséquence est qu'un rapport fixe ne peut exister entre les engagements des sociétaires et les engagements de la Société. Celle-ci s'efforcera sans doute de réduire les écarts dans la limite du possible, il n'en restera pas moins toujours un certain aléa, contre lequel elle ne peut rien, et, si elle méconnaît cet aléa, en maintenant la fixité de la cotisation, ce ne pourra être qu'au détriment d'un certain nombre de ses membres, auxquels elle ne pourra plus servir l'indemnité promise. Le rapport fixe n'existera donc pas davantage.

A. GASSOT.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Souhaits mutualistes.

Le journal *L'Avenir de la Mutualité*, dont je suis le fidèle abonné, a adressé à ses lecteurs, à l'occasion du jour de l'an, ses souhaits de nouvelle année sous forme de tableau nous montrant la prospérité toujours croissante de la Mutualité. « D'ailleurs, disait cet article, n'avons-nous pas l'avenir devant nous pour justifier notre optimisme, l'avenir, c'est-à-dire le plus puissant des magiciens qui donnera à nos caisses mutualistes des retraites ouvrières, des millions d'assurés et des milliards à gérer, qui peut-être rendra rémunérateur ce franc de gestion aujourd'hui si décevant, qui décuplera ses subventions, qui rendra possible notre participation à l'œuvre du crédit immobilier, qui nous fera les banquiers bienfaisants des sociétés d'habitations salubres, qui nous permettra de couvrir la France de sanatorias, de dispensaires, d'œuvres de protection sanitaire, d'apporter notre aide fraternelle au chevet de tous les malades, de protéger tous les berceaux. Quoi encore........... *d'enrichir tous les médecins*, d'être 20 ou 30 millions, de constituer la nation armée défendant sa santé et sa vie, désarmant la maladie des choses et guérissant même celle des hommes. »

Nous ne pouvons qu'admirer ce langage si élevé qui me rappelle une chanson qu'on chantait, une chanson qui eut une vogue extrême au moment où je faisais mes études médicales, et où revenait toujours le même refrain : « Quand on reconstruira l'Opéra-Comique » etc... et alors on énumérait à la suite des choses les plus invraisemblables, les choses les plus fantastiques.

La réalisation des desiderata de l'anonyme de cet article se passera assurément dans le royaume des cieux ou dans le royaume de l'utopie.

Je me demande lorsque la Mutualité aura la gestion de plusieurs milliards, ce qu'elle fera. Elle est déjà bien embarrassée pour gérer quelques milliers de francs ; que sera-ce quand les francs se changeront en milliards ? Je plains les malheureux administrateurs peu au courant des placements financiers et responsables de leur gestion ; je plains surtout les malheureux retraités qui pourront trouver comme conséquence du placement de ces milliards de bien cruelles déceptions.

Il est question également d'enrichir les médecins. Ce point peut être retenu. Est-ce un espoir légitime de l'auteur de cet article ? Je ne le crois pas, car cela supposerait une dose de naïveté incommensurable. La Mutualité enrichissant les médecins est un tel comble que la chose n'est pas même concevable. Est-ce une douce ironie ? Ironie de mauvais goût contre des gens qu'on dépouille et qu'on ruine chaque jour. Je ne le crois pas, car je suppose que *L'Avenir de la Mutualité* n'aurait pas, sans motif, ces idées si bizarres. Et pourtant, en continuant la lecture de cet article, je me demande par moment si dans un temps donné, la Mutualité n'enrichira pas réellement les médecins, comme le suppose l'auteur de l'article. Lorsque la Mutualité contiendra 20 ou 30 millions de membres, les malades seront tellement mal soignés par les médecins fonctionnaires qu'ils croieront utile de s'adresser à d'autres médecins, en petit nombre parce qu'indépendants, auprès de qui ils trouveront de bons soins, un réconfort moral, qu'ils seront heureux de payer à un prix convenable, et je termine cet article en empruntant la dernière phrase de *L'Avenir de la Mutualité* : « Ayons donc confiance dans l'avenir et sachons nous aussi vivre assez vieux pour voir ces grandes choses. »

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

L'hospitalisation des blessés du travail (1),

Par FORGUE et JEANBREAU
(de Montpellier).

Il y a lieu de distinguer deux cas, selon que le blessé est soigné : 1° dans un hôpital public ; 2° dans une maison de santé, une clinique ou un hôpital privé.

I. — HOPITAUX PUBLICS.

Cette question, qui a donné lieu à de si vives discussions, est définitivement réglée par l'article 4 de la loi de 1898, modifié le 30 mars 1905. Cet article porte que *le chef d'entreprise doit supporter dans tous les cas, la totalité des frais d'hospitalisation cumulativement avec l'indemnité journalière.* Mais ce même article dispose que les frais d'hospitalisation « tout compris, ne pourront dépasser le tarif établi pour l'application de l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893 (sur l'assistance médicale gratuite), majoré de 50 p. 100, ni jamais excéder 4 francs par jour pour Paris, ou 3 fr. 50 partout ailleurs ».

Ce tarif ainsi déterminé comprend tous les frais, sans que le débiteur de ces frais puisse être en butte à une autre réclamation, soit de l'hôpital, soit des médecins qui y traitent les victimes, soit des pharmaciens qui y fournissent les médicaments.

Depuis la loi de 1905, l'Assistance Publique de Paris ayant constaté que l'hospitalisation d'un blessé lui revenant à 5 fr. 75 par jour, elle perdait annuellement sur les blessés assujettis à la loi de 1898, 120.000 francs. Sur la demande du Conseil municipal de Paris, M. Defontaine a proposé à la Chambre des Députés de modifier l'article 4 de la loi de 1898 et d'élever à 5 fr. 75 le prix de la journée d'hospitalisation à Paris et à 5 francs partout ailleurs. (*Journ. Off. Chambre des Dép.*, 3 juillet 1913, p. 519).

Ainsi toute controverse est désormais superflue ; les médecins et les chirurgiens des hôpitaux ne peuvent pas réclamer d'honoraires pour soins donnés aux accidentés du travail (2).

Mais lorsqu'un chirurgien est appelé par le médecin d'un petit hôpital pour pratiquer une opération, il est fondé à réclamer des honoraires pour son déplacement et son intervention.

En effet, les commissions administratives des hôpitaux sont obligées par l'article 4 de la loi du 31 mars 1905 de donner aux blessés hospitalisés tous les soins que réclame leur état. Il en résulte qu'elles doivent solder les honoraires du chirurgien dont on réclame l'assistance. Cette jurisprudence a été fixée par la Cour de Cassation qui a rejeté, le 22 mars 1909, un pourvoi contre un jugement de paix de La Loupe en date du 4 février 1908. (Jugement de paix de la Loupe, *Rec. Min. Trav.*, IX, p. 21). Le jugement attaqué avait accordé au chirurgien appelé de Châteaudun par le médecin de l'hôpital de la Loupe la somme de 130 francs pour honoraires de déplacement et d'une amputation de jambe,« attendu, disait le jugement, que l'hôpital de la Loupe ne possède aucun outillage chirurgical, qu'il n'est pourvu d'aucun des moyens d'antisepsie indispensables pour les opérations, que l'opération nécessitée par l'état du blessé était très délicate, qu'elle nécessitait une prompte intervention chirurgicale, qu'en raison de la pénurie des moyens d'antisepsie dont dispose l'hôpital et dans l'intérêt de l'existence du blessé, il était préférable d'avoir recours à un chirurgien spécialisé... »

Le chirurgien avait dû, pour obtenir le règlement de sa note d'honoraires,pourtant peu élevée, assigner à la fois le patron du blessé, la Commission administrative de l'hôpital de la Loupe et le médecin qui l'avait prié de venir. Le juge de paix ayant condamné la Commission administrative à régler ces honoraires, celle-ci attaqua le jugement devant la Cour de cassation, qui le confirma purement et simplement. (Arrêt de Cassation (Ch. civ.) du 22 mars 1909, *Rec. Min. Trav.*, XI, p. 84 et *Sirey*, I, 438.)

II. — FRAIS DE SÉJOUR ET DE TRAITEMENT DANS UN HOPITAL PRIVÉ, UNE MAISON DE SANTÉ, OU UNE CLINIQUE PRIVÉE.

L'article 4 de la loi de 1898-1905 porte que « le chef d'entreprise est seul tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris,ne peuvent dépasser 4 francs par jour pour Paris et 3 fr. 50 partout ailleurs. » Bien entendu, le demi-salaire est distinct et doit être réglé en plus.

Par frais d'hospitalisation, il faut entendre les frais de séjour et de traitement dans un hôpital *public*, c'est-à-dire dans un établissement dépendant de l'Etat, du département ou de la commune. Cette disposition ne s'applique donc pas aux maisons de santé et cliniques privées, même à celles qui portent le nom d'hôpital, comme, par exemple, à Paris, l'Hôpital international.

A ce point de vue, trois cas peuvent se présenter : 1° le blessé de son propre mouvement, demande et obtient son admission dans une cli-

(1) D'après la troisième édition de Forgue et Jeanbreau, *Guide du médecin dans les accidents du travail* (Paris, Masson, éditeur 1914).

(2) Contrairement à cette opinion, nous estimons au contraire qu'il faudrait que les hôpitaux stipulent, dans leurs règlements, comme conditions à l'admission des blessés du travail : 1° un prix de journée à leur gré ; 2° Le droit, pour leur personnel médical de réclamer au chef d'entreprise les frais d'opération et de pansements.
Ainsi a fait l'hôpital de Chalonnes-sur-Loire (Voir *Concours Médical*, 1912, p. 1226). N. D. L. R.

nique privée ; 2º le blessé y est admis sur la demande du patron qui s'engage à payer tous les frais ; 3º le blessé est soigné dans une clinique payante annexée à un hôpital public.

1º *Le blessé se fait admettre dans une clinique privée, sans que le patron ni l'assureur aient demandé cette admission.* — Dans ce cas, le paragraphe de l'article 4 cité plus haut et limitant à 3 fr. 50 ou à 4 francs, tout compris, les frais d'hospitalisation n'est pas applicable, puisqu'il ne s'agit pas d'un hôpital public. Le patron sera tenu de payer, en plus du demi-salaire, les frais médico-pharmaceutiques au prix du tarif Dubief. Mais il n'aura rien à solder pour la pension du blessé (nourriture et logement), puisque l'indemnité du demi-salaire représente précisément les frais d'entretien.

Un jugement du Tribunal de la Seine, en date du 26 novembre 1907, a bien précisé ce point. Un blessé réclamait à son patron une somme de 2.595 francs pour frais médico-pharmaceutiques, frais de séjour dans une maison de santé et frais de transport. Le Tribunal réduisit, après expertise de M. Berger, cette somme à 649 francs.

« Attendu, dit le jugement, que la loi du 31 mars 1905, modifiant la loi de 1898, en évaluant les frais d'hospitalisation à 4 francs par jour, a eu en vue seulement les établissements publics et que ce tarif ne saurait être appliqué aux maisons de santé privées ;

« Attendu que les blessés ne peuvent réclamer à leurs patrons, en raison de leur séjour dans ces maisons, que les soins médicaux et pharmaceutiques, ces soins étant évalués d'après les tarifs qui ont été adoptés pour servir de base au contrôle de l'autorité judiciaire ;

« Attendu que cumuler ces frais médicaux avec des frais d'hospitalisation serait aller à l'encontre du vœu de la loi qui, en imposant aux chefs d'entreprise la lourde charge des frais médicaux, en dehors du demi-salaire, a entendu limiter par des tarifs forfaitaires les sacrifices qu'elle demande à ces chefs d'entreprise. »

En même temps, le Tribunal déclarait qu'il n'y avait pas lieu de faire supporter au patron les frais de transport que le blessé réclamait pour voyages à la maison de santé et chez les médecins traitants :

« Attendu qu'il n'est nullement démontré que, pour se faire soigner utilement, le blessé ait été dans l'obligation de choisir une maison de santé et des médecins aussi éloignés d'A..., où il a son domicile, et qu'il ne s'en prendra qu'à lui-même s'il a dû faire à ce sujet des dépenses excessives.. » (1).

Un jugement de paix de Saint-Nazaire a bien précisé ce point, le 23 janvier 1911 :

(1) *Recueil spécial des accidents du travail* de Villetard de Prunières 1907-08, p. 377.

Attendu, dit le jugement, que le mot « hospitalisation » n'éveille dans l'esprit que l'idée d'hôpital, établissement public, que si le législateur avait voulu viser aussi les soins donnés dans les maisons de santé privées et les cliniques particulières, il n'eût pas manqué de s'expliquer sur ce point, que la loi de 1898, dérogeant au droit commun, doit recevoir l'interprétation restrictive, que, par suite, la disposition de l'article 4, alinéa 3, citée ci-dessus, ne doit pas être étendue aux cliniques privées... » (1).

2º *Le blessé est admis dans une clinique privée sur la demande du patron qui s'engage à payer à la fois les frais de séjour et les frais médico-pharmaceutiques.* — Dans ce cas, le tarif Dubief n'est même pas forcément applicable pour les honoraires, puisque c'est le chef d'entreprise qui a choisi le médecin. Ce dernier aura donc toute latitude pour rédiger sa note en prenant pour base le tarif ouvrier de la localité. Ainsi a déclaré le Trib. de paix de Saint-Etienne, le 17 juin 1910 (2).

Certaines circonstances particulières peuvent faire admettre que le patron eût demandé l'admission de son ouvrier blessé dans une clinique privée. C'est ainsi que le Tribunal d'Aix a déclaré, le 2 mai 1912, que lorsqu'un ouvrier en danger de mort a été conduit, en dehors de sa volonté, dans la clinique la plus rapprochée du lieu de l'accident, le tarif du 30 septembre 1905 ne saurait être invoqué contre le médecin de cette clinique « qui reste libre de réclamer la juste rémunération de ses peines et soins » (3).

3º *Le blessé est soigné dans une clinique payante annexée à un hôpital.* — Un jugement du Tribunal civil de Beaune a décidé, le 22 décembre 1911, que le blessé soigné dans une clinique payante faisant partie d'un hôpital n'est pas « hospitalisé » au sens de l'article 4 de la loi de 1898 et qu'en conséquence, le médecin qui l'a soigné est en droit d'exiger du patron le paiement de ses honoraires. En un mot, le Tribunal a assimilé la clinique payante annexée à l'hôpital à une maison de santé privée.

Il s'agissait d'un blessé que le chirurgien de l'hôpital de Beaune fit transporter, pour assurer des soins plus rigoureux, de la salle commune dans une clinique payante, qui fait partie de l'hôpital (4).

(1) *Eod loc.*, 1911-12, p. 196.
(2) *Recueil spécial sur les accidents du travail*, 1911-12, p. 302.
(3) *Recueil spécial*, 1912-13, p. 479.
(4) *Concours Médical*, 14 avril 1912, p. 376.

CHRONIQUE SYNDICALE

Ce qu'on obtient avec le Syndicat.— Pourquoi il faut se syndiquer ?

Après une trentaine d'années de syndicalisme médical, dont vingt ans d'existence parfaitement légale et régulière, il y a encore un nombre important de médecins qui en sont à se demander quel peut être pour eux l'intérêt du Syndicat, et s'il est vrai que le Syndicat obtienne des résultats réellement appréciables.

A ces indifférents, à ces réfractaires de l'idée syndicale, nous recommandons très vivement la lecture des lignes qui suivent, qui constituent la partie substantielle de la très belle allocution prononcée par le Dr Jude HUE, président sortant de l'*Association professionnelle des médecins de Rouen* (1).

Je n'entreprendrai pas le compte-rendu de nos travaux pendant ces trois années, ce pourrait être une énumération plus longue qu'utile. Vous savez que nos séances ont été bien remplies, et même leurs intervalles, que le Conseil de Famille s'est réuni souvent, que de nombreuses Commissions ont fonctionné et que nous nous sommes appliqués à faire de notre mieux. Je me bornerai à rappeler comme résultats les plus importants ;

La revision de nos statuts qui, grandement perfectibles encore, sans doute, nous permettent aujourd'hui d'admettre tous les médecins qui déclareront vouloir les accepter et les mettre en pratique ;

Le vote d'un nouveau tarif relevant les honoraires et établissant, en particulier, les conditions de la visite d'urgence qui se paye double ;

La suggestive terminaison amiable d'un certain nombre des différends professionnels qui nous ont été soumis : une loyale explication directe a suffi pour les dissiper et pour réconcilier des confrères animés des plus correctes intentions qu'un malentendu divisait ;

La suppression des consultations gratuites et de la consultation du dimanche obtenue d'une Société de secours mutuels par notre honorable collègue le Dr André Quentin, appuyé par le Syndicat ;

Enfin la formation d'une Fédération des Syndicats médicaux du département de la Seine-Inférieure.

Quant au nombre de nos membres, il est aujourd'hui de quatre-vingt dix. Il s'est acru de trente très honorables confrères. Nous avons eu l'extrême bonheur de n'avoir aucun deuil à déplorer, et de voir rentrer au Syndicat, par un sentiment élevé de solidarité, des confrères qui avaient démissionné. Nous pouvons dire que le Syndicat de Rouen représente vraiment le Corps médical de la Ville et qu'il est en voie de le rassembler tout entier : ce qui dépendra bien un peu du Syndicat lui-même.

Tous, pendant ces trois ans, nous avons eu cette même pensée que le Syndicat ne doit pas être une Eglise avec peu d'élus, mais la citadelle et le rempart où tous, tous ceux qui veulent le travail avec la dignité, sont appelés à défendre les biens et l'honneur de tous. Nous avons marché de concert vers le même but : l'union du corps médical tout entier pour la protection et le développement de ses intérêts matériels et moraux ; l'union, notre primordial intérêt, moyen indispensable, mais suffisant, pour la réalisation de nos trop motivées et trop nombreuses revendications.

Dans le Syndicat où notre intérêt nous convie, peut aussi se développer le fécond esprit de corps vers lequel nous devons tendre et qui rendrait l'union si solide. L'Esprit de Corps, le légitime orgueil de la profession, qui supprime la médisance empennée, empêche de porter les inimitiés, les ressentiments les plus légitimes sur le terrain professionnel — ce qui n'a rien de commun avec le support ni un veule oubli des offenses ; retient d'exposer en public les infirmités des confrères, mais, comme dans une bonne famille, les garde discrètes, les soigne avec précaution et craint d'y porter inconsidérément le fer, de peur qu'il en résulte une mutilation ou un dangereux écoulement de sang. N'est-ce pas là la Confraternité en action ?

La Médecine plus qu'aucune autre profession, plus qu'aucune autre science, mes chers Confrères, peut inspirer l'esprit de corps à ses adeptes. Contemporaine de la souffrance, il n'en est pas de plus ancienne ; ayant pour objet le soulagement, la santé et le perfectionnement de l'homme, il n'en est pas qui ait un but plus élevé, un avenir plus indéfini ; il n'en est pas dont le martyrologe soit plus continu : elle n'a cessé de semer sa route de nobles victimes qui tombent journellement frappées dans l'accomplissement du devoir professionnel. Ses membres innombrables, de l'Est à l'Ouest et des Pôles à l'Equateur, sur toutes les mers et la terre habitée, au chevet des malades, au secours des blessés, dans leurs laboratoires, courent chaque jour au danger pour le soulagement de la douleur humaine.

Mais, de même que la médecine est la science la plus utile, la plus indispensable à la vie sociale et au Progrès lui-même, il n'en est pas de plus exploitée et dont les revendications soient plus nombreuses. Les pouvoirs publics, les Administrations publiques et privées ; les compagnies d'assurances, de chemins de fer, etc. ; les Sociétés de prévoyance, de Secours mutuels et de toutes sortes, les individus profitent de notre division qu'ils entretiennent parfois avec soin. C'est là

(1) *Normandie Médicale*, février 1914.

qu'est détenu le légitime fruit de notre travail, l'abondante moisson. C'est là qu'est la profitable lutte et non avec nos compagnons de labeur.

Je ne citerai qu'un exemple de l'exploitation du corps médical, non certes des plus importants, mais le premier qui s'est présenté à mon esprit. Quels sont les travailleurs, manuels ou intellectuels, du haut en bas de l'échelle sociale qui consentiraient à venir tous les jours dans un hôpital, pendant une trentaine d'années, travailler gratuitement ? C'est ce que, malgré les risques, malgré les sévères responsabilités, les médecins acceptent à Rouen et, à quelque insignifiante indemnité près, partout ailleurs. L'Etat qui a charge de l'Assistance publique s'en débarrasse surtout sur le médecin quand il est naturel que tous ses membres y contribuent, chacun suivant ses moyens.

Nous demandons plus de justice. Pour l'obtenir, il faut et il suffit que nous soyons unis.

Soyons donc unis sur le territoire professionnel. Rien ne devrait être plus aisé puisque rien ne nous est plus utile. C'est donc à opérer l'Union que Syndicats et militants des Syndicats doivent employer tous leurs efforts.

Autour de ces idées que personne ne peut répudier, l'union de tous les médecins honorables doit s'accomplir et s'organiser, c'est le rôle du Syndicat.

Le Syndicat, comme le mot l'indique, c'est l'Union et l'Union c'est la Force.

Quand nous serons unis, nous pourrons tout pour les justes réalisations. Il n'y aura pas besoin de s'inquiéter du combat, il n'y en aura même pas : témoin l'instructif résultat obtenu, sans coup férir, par notre collègue André Quentin, soutenu par le Syndicat.

C'est pourquoi ceux qui travaillent pour l'union sont les vrais militants, ceux qui combattent pour l'intérêt de tous : à l'œuvre, reconnaissons l'ouvrier.

Avec la ferme espérance que le Syndicat nous conduit à l'Union, à la pacifique et juste victoire, je cède la place à mon successeur, notre si honoré et si sympathique confrère, M. le docteur Emile Delabost.

C'est une profession de foi fervente, c'est un programme très complet, qui devrait rallier tous les suffrages, s'il n'y avait pas, dans la masse des praticiens, de ces sourds dont on dit qu'il n'en est pas de pires, parce qu'ils ne veulent rien entendre.

Qu'ils prêtent une fois seulement une oreille attentive à des suggestions désintéressées qui n'ont d'autre but que la défense professionnelle du Corps médical, et ce n'est pas 12.000 médecins syndiqués, mais 15 à 18.000 que nous compterons bientôt.

Et ce jour-là, nos adversaires n'auront qu'à se bien tenir !

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

A propos de la déclaration obligatoire de la tuberculose (1).

Par le Dr Good.

Encore une addition à la loi sur la déclaration des maladies contagieuses qui se prépare, encore de nouvelles paperasses, de nouvelles circulaires, de nouvelles dépenses inutiles pour aboutir à ?.... — Rien du tout.

Et cependant, malgré l'opposition des hommes vraiment compétents, la loi passera sans doute ; c'est si commode d'avoir l'air de faire quelque chose sur le papier sans avoir à s'inquiéter des conséquences et des répercussions possibles ou probables.

Pour moi, qui envisage la question, non pas des hauteurs où les lois se fabriquent, mais dans un des fonds de campagne où elles devraient s'appliquer, je demande humblement la permission de dire ma façon de penser qui est celle de la plupart de mes confrères.

Il n'y a pas bien longtemps qu'on a eu le courage de le dire : « *l'organisation sociale de l'hygiène en France est une vaste façade derrière laquelle il n'y a rien.* » On aura beau ajouter un pignon à cette façade, il n'y aura toujours rien derrière.

Depuis 26 ans, j'exerce la médecine dans la même campagne, j'ai toujours fait les déclarations de maladies contagieuses prescrites par la loi, deux fois seulement j'en ai vu des résultats ; toujours le même. Un inconnu se présentait chez mes clients apportant des liquides colorés contenus dans des bouteilles sales, une fois pas même étiquetées et dont les bouchons avaient évidemment servi jadis à boucher du vin rouge.

La première bouteille, leur disait-on, c'est pour laver les murs et le plancher (9 fois sur dix, à la campagne, le plancher, c'est de la terre battue). La deuxième c'est pour mettre dans les vases de nuit. La troisième pour ajouter à l'eau dans laquelle doit tremper le linge sale. Il laissait avec cela un bout d'imprimé, et s'en allait pour ne jamais revenir. Puis, on réclamait à mes clients 3 % sur le prix de leur loyer.

Je parie tout ce que l'on voudra que si, aujourd'hui, longtemps après que mes malades sont guéris, on repassait dans les mêmes fermes, on retrouverait intacts ces six flacons.

Voilà comment sont appliquées ces fameuses mesures de désinfection, d'ailleurs illusoires ; et c'est pour obtenir ces résultats qu'*on nous impose des déclarations qui indisposent contre nous des*

(1) Communication à la Société des Sciences médicales d'Angers.

clients, *souvent ignorants*, parce qu'ils croient que nous sommes intéressés à leur faire payer à titre supplémentaire un impôt de 3 % sur leurs loyers, impôt parfois supérieur au prix de nos visites !

Mais j'en reviens à la tuberculose et je prends des exemples.

J'ai comme client un tuberculeux contagieux depuis plusieurs années. Je lui ai, entre autres choses, recommandé de ne jamais cracher par terre ni sans son mouchoir, recommandation dont il ne tient aucune espèce de compte.— Quelles précautions supplémentaires va-t-on pouvoir lui imposer ? La seule efficace serait de l'enfermer dans un sanatorium. Oserait-on aller jusque-là ?

Autre cas : je vois chez des paysans fort avares un jeune homme tuberculeux. Le père m'accompagne jusqu'à ma voiture : « A-t-il la poitrine attaquée, monsieur le docteur ? parce que vous comprenez, s'il a la poitrine attaquée, c'est qu'il est perdu, ça serait pas la peine de faire des frais. » Dans des cas de ce genre, et nous en voyons souvent, nous tâchons de donner au pauvre malade quelque chance de salut en déclarant : qu'il a la poitrine faible, qu'avec des soins, il peut guérir, etc., et nous obtenons quelquefois des guérisons. Devrons-nous dorénavant condamner ces malheureux à périr faute de soins, grâce à une déclaration officielle qui contredira nos paroles et attirera l'attention de la famille et de tout le village ? Risquerons-nous en même temps de condamner les sœurs de ces malades au célibat « parce qu'elles sont d'une famille de poitrinaires ? »

Supposez maintenant que je ne fasse pas ma déclaration. Je sais avec quelle facilité on change de médecin à la campagne. Si le malade n'est pas guéri au bout de 15 jours, 3 semaines, toutes les commères sont là pour dire : « Moi, à votre place, je verrais un autre médecin. » Et s'ils tombent chez un bon confrère qui m'en veut de ne pas disparaître assez vite pour lui laisser ma clientèle, celui-ci ne peut-il être tenté de profiter de l'occasion pour me nuire ? — Mais votre enfant est tuberculeux, votre médecin est un âne qui n'a rien compris à sa maladie, ou, s'il l'a connue, c'est un misérable qui n'a pas fait la déclaration prescrite par la loi. » De là : dénonciation à la Préfecture et s'il s'agit d'un médecin qui n'est pas *persona grata* au point de vue politique ou autrement, poursuites, qui resteraient dans les cartons dans le cas contraire.

Une jeune veuve me consulte pour son enfant, elle n'a plus que lui, elle peut espérer le conserver grâce à des soins prolongés, irai-je mettre pour des années le désespoir dans le cœur de cette mère en prononçant le mot : tuberculose ? ou en le faisant prononcer par un agent sanitaire quelconque avec sa trinité de fioles, le petit papier, et le 3 % du loyer en sus ?

Un autre malade se doute de son état : « Oh ! surtout, docteur, ne me dites pas que je suis tuberculeux. » On le rassure, on parle de bronchite chronique ; si on ne peut le guérir, on tente tout au moins de lui laisser de l'espoir, le plus longtemps possible, jusqu'à la fin peut-être ; et cet espoir est à lui seul plus important comme chance de guérison que toutes nos médications. Faudra-t-il désormais, en le quittant, graver sur sa porte : « *Lasciate ogni speranza.* »

Et tant d'autres cas, tellement multiples, tellement complexes, qui se présentent journellement à nous dans la pratique médicale et que nous sommes forcés de résoudre de tant de manières différentes, suivant le milieu social, le degré d'intelligence ou d'instruction du malade ou de sa famille, les conditions économiques dans lesquelles ils se trouvent placés, etc., etc.

Sans doute la tuberculose est curable, et ce mot seul n'est point un arrêt de mort ; mais, les médecins ou les savants le savent, il faudrait en persuader l'immense masse de la population qui est convaincue du contraire et qui a des raisons pour cela. Enfin, pour être curable, encore faut-il que la tuberculose soit prise au début, et tous les jours nous tombons sur des clients « qui ont un gros rhume depuis l'année dernière » et dont les poumons sont déjà caverneux.

Les Académiciens, dont beaucoup ne font plus que de la médecine d'hôpital ou de laboratoire ; les parlementaires, qui sont tourmentés du prurit d'avoir l'air de faire quelque chose ; les hygiénistes politiciens, plus politiciens qu'hygiénistes ; pourront décréter toutes les déclarations qu'ils voudront ; ils n'abaisseront point la mortalité tuberculeuse qui est actuellement de 150.000 décès par an en France et qui ira en augmentant. La loi proposée y aiderait plutôt.

Veulent-ils la réduire de moitié ?

Qu'ils suppriment le privilège des bouilleurs de cru et qu'ils limitent le nombre des débits de boisson.

Veulent-ils la réduire des trois quarts ?

Qu'ils ajoutent à ces mesures l'assainissement matériel des lycées, collèges, des casernes, etc.

Qu'ils combattent toutes les misères, qu'ils assainissent tous les taudis.

Dr P. Good,
La Mothe-Saint-Héray (Deux-Sèvres).

**

Nous nous permettons de recommander très respectueusement la lecture de cet article à M. le Directeur de l'hygiène et de l'Assistance publiques au Ministère de l'intérieur.

Nous savons que rien de ce qui intéresse les praticiens ne lui est étranger. Nous savons aussi que, loin de se complaire dans de vaines formules, il se montre au contraire passionnément attaché à la recherche d'une bonne et pratique organisa-

tion de l'hygiène publique en France. Il prête volontiers l'oreille à toutes les suggestions d'où qu'elles viennent, et les hautes fonctions qu'il exerce avec autant d'intelligence que de dévouement, ne l'empêchent pas d'écouter les voix les plus humbles.

Eh bien ! C'est aujourd'hui un médecin de campagne qui expose que, depuis 26 ans qu'il exerce, il a toujours fait les déclarations prescrites par la loi, et que *deux fois* seulement il en a vu les résultats, et quels résultats !

Cela se passe de commentaires, n'est-il pas vrai ? G. D.

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

I

M. Doizy, député, demande à M. le ministre de l'intérieur quelle était, jusqu'à ces derniers jours, l'organisation de l'école des auxiliaires médicaux indigènes d'Alger, quelles en sont les transformations adoptées récemment et quelles sont les raisons de ces transformations.

Réponse.

Telles qu'elles avaient été instituées par une décision du gouverneur général de l'Algérie en date du 31 décembre 1904, les études des auxiliaires médicaux étaient contrôlées par deux répétiteurs chargés de donner aux étudiants les explications nécessaires sur les concours et de leur inculquer des éléments d'anatomie, de physiologie, de petite chirurgie, de pathologie, etc.

La réorganisation de l'institution a été demandée par la délégation des non-colons, dans un vœu émis le 4 juin 1910, et par M. le professeur Bouchard, membre de l'Académie de médecine, dans son rapport d'inspection de 1906.

On reprochait à l'ancien programme d'études de faire entrer les élèves de plain-pied dans les cliniques pour y recevoir l'instruction pratique, dès la première année, avant d'avoir acquis une instruction et des notions théoriques assez complètes.

La nouvelle organisation est caractérisée par la démarcation très nette faite entre les études théoriques et les études pratiques,

La réforme des études a nécessité une réorganisation du personnel enseignant. D'une part, le stage de seconde année devant être surveillé et contrôlé et la durée des cours théoriques étant réduite à un an, la création d'un directeur des études ayant une autorité scientifique particulière s'imposait. D'autre part, les auxiliaires, au cours de la seconde année, étant internés dans un des hôpitaux de la colonie, un des deux postes de répétiteur des cours précédemment créés devenait sans objet.

II

M. Paulin Dupuy, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° dans quelles proportions sévissent, dans l'armée, par rapport à la population civile, les épidémies signalées à Macon (rougeole) ; au Mans (méningite cérébro-spinale) ; à Cherbourg (méningite cérébro-spinale) ; à Epinal (broncho-pneumonie), à Limoges (rougeole) ; à Bourges (scarlatine et rougeole) ; 2° si, dans ces mêmes garnisons, les jeunes soldats de vingt ans récemment incorporés, ne sont pas atteints dans une proportion supérieure à celle de leurs camarades plus âgés et plus anciens; 3° quelle a été, dans l'armée métropolitaine, au cours des mois de décembre 1913 et janvier 1914, la progression de la morbidité et de la mortalité par rapport aux mois correspondants de décembre 1912 et janvier 1913.

Réponse

1° *Les prescriptions de la loi du* 15 *février* 1902, *qui obligent les médecins à déclarer les maladies contagieuses, sont, en général, fort peu respectées.* Aussi, est-il extrêmement difficile d'établir une comparaison absolue entre la morbidité de la population civile et celle de l'armée ;

2° Sur les deuxième et troisième questions, le ministre s'est expliqué à la tribune et n'a pas d'autres renseignements à ajouter à ceux qu'il a fournis.

Enregistrons en passant cette constatation que la déclaration des maladies contagieuses est, en général, fort peu effectuée par le praticien. Preuve que, quoi qu'on en ait pu prétendre dans un but intéressé, le corps médical se refuse à se soumettre à une obligation légale qui n'est autre, pour partielle qu'elle apparaisse, qu'une violation du secret professionnel.

Rappelons encore que, malgré l'abstention quasi systématique des médecins, les maladies épidémiques sont en décroissance d'une façon générale. Preuve que, tout en ne déclarant pas, les praticiens font leur devoir, tout leur devoir et font procéder aux désinfections qui constituent en réalité les véritables mesures de prophylaxie à prendre.

III

L'assistance aux vieillards et aux infirmes.

Art. 1er. — L'article 5 du décret du 3 août 1909, portant règlement d'administration publique pour la loi du 14 juillet 1905, est modifié comme suit :

« La liste des personnes admises à l'assistance est adressée au sous-préfet, qui la transmet dans les vingt jours au préfet.

« La liste doit être accompagnée, pour chaque

personne admise à l'assistance, des pièces suivantes :

« 1° Si la personne a plus de soixante-dix ans, son bulletin de naissance, et si elle n'a pas atteint cet âge, un *certificat médical* établissant qu'elle est atteinte d'une infirmité ou d'une maladie incurable la mettant dans l'impossibilité de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence ;

« 2° Si la personne est titulaire d'une pension de retraite constituée par application de la loi du 5 avril 1910, une copie certifiée conforme par le maire ou le commissaire de police, de l'extrait de l'inscription de cette pension, prévu à l'article 158 du décret du 25 mars 1911 ;

« Si l'intéressé n'est pas pensionné, une déclaration signée par lui et attestant qu'il ne bénéficie pas des avantages de la loi du 5 avril 1910 ;

« Si l'intéressé ne pouvait pas signer la déclaration, il serait procédé conformément aux dispositions de l'article 1er du présent décret ;

« 3° Un extrait du rôle des contributions délivré par le percepteur de sa résidence ;

« 4° Une attestation du maire indiquant les diverses ressources dont il est de notoriété publique qu'il dispose ;

« 5° Un état relatif aux membres de la famille tenus de la dette alimentaire et faisant connaître, pour chacun de ceux résidant dans la commune, les nom, adresse, profession, charges de famille, ressources, extrait du rôle des contributions ; pour ceux résidant en dehors de la commune, tous les renseignements ci-dessus visés que le maire aura pu recueillir ;

« 6° Une attestation du maire indiquant, à l'égard des membres qui s'acquittent de la dette alimentaire, dans quelles conditions ils le font, en certifiant, à l'égard de ceux qui ne s'en acquittent pas, soit qu'il leur est impossible de s'en acquitter, soit qu'ils ont été mis en demeure de le faire et qu'ils s'y sont refusés ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical ».

Condamnation d'un médecin d'assurances pour préjudice causé au médecin traitant d'un blessé du travail

TRIBUNAL DE PAIX D'ARGENTEUIL

Jugement du 3 *décembre* 1913.

Attendu que le Dr P. a fait citer le Dr A.., et le syndic de la faillite de la Société X.; qu'il reproche à A.., médecin de la Société X., de s'être présenté le 16 mars dernier entre 3 et 4 heures du soir à M., au domicile du sieur E.., l'un des ouvriers de cette Société, blessé au cours de son travail, pour le visiter sans avoir prévenu P.., médecin traitant de cet ouvrier, comme le prescrit l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 31 mars 1905 ;

Attendu qu'en outre, A., voyant la surprise de l'ouvrier blessé qui manifestait son étonnement de ce que P., son médecin n'était pas présent, lui avait répondu qu'il avait cependant convoqué son confrère à cette visite par lettre recommandée et que si lui, E.., se refusait de se laisser examiner, son demi-salaire lui serait de suite supprimé ;

Attendu qu'à notre audience du 29 octobre dernier, Me Simon, avocat de P..., a longuement développé les conclusions de sa demande ;

Qu'il a affirmé et soutenu qu'A., n'avait pas prévenu P.., par lettre recommandée comme il le prétendait, et en a justifié à la barre, et qu'en agissant ainsi, A... a causé à P... un préjudice dont il lui est dû réparation, que non seulement il lui a fait perdre une visite, mais que cette façon de faire, en le discréditant, lui a causé un dommage moral beaucoup plus sérieux ;

Attendu que dans ces conditions, Me Simon a persisté dans les conclusions de sa citation et demandé qu'A... fût condamné à payer à P.., 100 francs de dommages-intérêts et que le jugement à intervenir soit publié dans un journal de l'arrondissement de Versailles, au choix de P.., sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 100 francs et aux dépens.

Attendu qu'en réponse, Me Idoux, avocat du Dr A.., nous a, à son tour et à deux reprises différentes, déposé des conclusions ;

Que par ses premières conclusions, il repousse formellement la demande du Dr P.. ; qu'il reconnaît que le Dr A... n'a pas avisé son confrère par lettre recommandée et que, s'il a agi ainsi, c'était uniquement pour répondre à une incorrection de P..., qui, quelques jours avant la visite à faire à E.., avait agi de même à son égard, que d'ailleurs cette obligation de prévenir le médecin traitant, suivant l'opinion d'A..., incombe exclusivement au chef d'entreprise ;

Qu'il n'avait donc causé aucun préjudice à P.., et par suite demandait qu'il soit purement et simplement débouté et condamné en tous les dépens ;

Attendu que par ses dernières conclusions, ses conclusions additionnelles, le Dr A... allègue qu'il donne actuellement ses soins à une jeune fille, Mlle D..., qui serait victime d'un accident du travail et que le Dr P.., médecin délégué par la Compagnie « La P.. », aurait sciemment commis la faute d'aller visiter cette jeune malade sans prévenir le Dr A.., médecin traitant ; et que, suivant ce dernier, le cas étant identique à celui d'E..., il formait contre P.... une demande reconventionelle en 350 francs de dommages-intérêts et à une insertion du jugement ne dépassant pas 100 francs dans un des journaux de Versailles, au choix du Dr A.. ;

Mais attendu que P... a formellement repoussé

cette manière de voir, qu'il a expliqué et en a justifié à la barre, que la Compagnie « La P... » n'assure que pour les accidents de droit commun et non les accidents du travail, qu'il était, lui P..., envoyé par M. M..., entrepreneur à H., auteur de l'accident par lui causé à Mlle D..., dont le père est laitier à B... ;

Qu'en l'espèce, il ne s'agissait nullement d'un accident du travail et que les prescriptions de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 n'étaient pas applicables ;

En fait: attendu qu'il est établi que le Dr A... n'a pas prévenu son confrère P... comme il était tenu de le faire par lettre recommandée, de la visite à l'ouvrier E..., dont P... était le médecin traitant ;

Attendu que si le § 5 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 précitée, ne dit pas formellement que le médecin traitant sera prévenu par le médecin désigné par le juge de paix, il ne dispose pas davantage que la visite sera annoncée par le patron de l'ouvrier blessé ;

Attendu d'ailleurs que l'usage constamment suivi est que le médecin désigné, qui, mieux que le chef d'entreprise, connaît les moments dont il peut disposer, avise par lettre recommandée le médecin traitant; qu'il faut bien reconnaître que toute autre manière de faire ne serait pas pratique ;

Attendu, au surplus, que le Dr A... déclare qu'il n'a jamais agi autrement.

En droit: attendu qu'aux termes de l'article 1382 du Code civil, tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ;

Attendu qu'A.., en agissant sciemment et de parti pris comme il l'a fait envers P..., a causé à celui-ci un préjudice dont il lui doit réparation ;

Attendu que si minime et si insignifiant que soit le préjudice matériel, il y a à côté un préjudice moral beaucoup plus important ;

Qu'en effet, lorsque deux médecins comme P... et A... exercent dans la même ville depuis un certain nombre d'années déjà, et que la région est peuplée de beaucoup d'ouvriers, il ne faut pas qu'on puisse même supposer que tel ou tel de ces Docteurs néglige de donner ses soins aux accidentés du travail qui s'adressent à lui ;

Sur la demande reconventionnelle: attendu qu'aux termes de l'article 10 de la loi du 12 juillet 1905, les juges de paix connaissent de toutes les demandes reconventionnelles ou en compensation qui par leur nature ou leur valeur sont dans les limites de leur compétence ;

Que l'article 11 de la même loi dispose de son côté :

« Néanmoins le juge de paix statuera en dernier ressort si seule la demande reconventionnelle en dommages-intérêts fondée exclusivement sur la demande principale dépasse sa compétence en premier ressort » ;

Attendu qu'il est incontestable que la demande reconventionnelle formulée par A... n'est ni sérieuse ni fondée et qu'elle n'a été intentée que dans le but d'éluder notre compétence ;

Attendu que nous avons dans les documents de la cause et dans les plaidoieries des avocats les éléments d'appréciation suffisants pour fixer le préjudice causé à P... ;

Attendu que L..., syndic de la faillite de la Société X., régulièrement mis en cause, en sa qualité de syndic, après la citation délivrée à l'ancienne Société X., nous a déclaré s'en rapporter purement et simplement à la justice.

Par ces motifs :

Jugeant contradictoirement et en dernier ressort;

Statuant sur la demande principale, condamnons A... à payer à P..., pour tous dommages intérêts, la somme de cinquante francs ;

Disons qu'il n'y a pas lieu à insertion du présent jugement ;

Condamnons A.., en tous les dépens, taxés et liquidés à 32 fr. ;

Puis, statuant sur la demande reconventionnelle, disons cette demande ni sérieuse, ni fondée, renvoyons le défendeur à se pourvoir comme il avisera devant tous juges et tribunaux compétents.

A la suite du succès qu'il obtint ainsi, grâce à l'appui du « Sou médical », M. le Dr P. fit don à notre Ligue de défense professionnelle de la somme de 25 francs qui restait entre ses mains, après divers faux frais, sur celle de 50 francs montant des dommages-intérêts alloués par le jugement ci-dessus.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 12, 19, 26 *février et* 5 *mars* 1914.

Admission. — Sous réserve de la publication statutaire, le conseil prononce l'admission de MM. les docteurs

3.273 Belle, à Salins (Jura).
3.274 Sigaux, à Saint-Claude (Jura.)
3.275 Dodier, à Vimy (Aisne).
3.276 Vinsonneau, à Angers (Maine-et-Loire.)
3.277 Barrié, à Grandris (Rhône.)
3.244 Vidal, à Mas-d'Azil (Ariège.)
3.278 Havez, à Bouchain (Nord.)
3.279 Lefevre, à Aunay-sur-Odon (Calvados.)
3.280 Vicq, à Longjumeau (Seine-et-Oise.)
3.281 Derome, à Gommegnies (Nord.)
3.282 Hébert, à Méru (Oise.)
3.283 Huet, à Arpajon (Seine-et-Oise.)
3.284 Diot, à Livry (Seine-et-Oise.)

3.285 Dufour, à Savy (Aisne.)
3.286 Chevassu-Perigny, Orsennes (Indre.)
3.287 Denart, à Saint-Sébastien (Creuse.)
3.288 Gourand, à Mohon (Ardennes.)
3.289 Bertèmes, à Charleville (Ardennes.)
3.290 Treheux, à Launois-sur-Vence (Ardennes.)
3.291 Haulin, à Attigny (Ardennes.)
3.292 Léonard, à Sedan (Ardennes.)
3.293 Abd-El Nour, à Bazeilles (Ardennes.)
3.294 Mignon (E.), à Mézières (Ardennes.)
3.295 Fréal, à Chaumont-Porcien (Ardennes.)
3.296 Goguel, à Sedan (Ardennes.)
3.297 Drapier, à Rethel (Ardennes.)
3.298 Cochart, à Mézières (Ardennes.)
3.299 Guillaumot, à Pouilly-sur-Loire (Nièvre.)
3.300 Heisch, à Bouligny (Meuse.)
3.301 Fructus, à Cabannes (B.-du-Rhône.)

Situation financière. — Le Trésorier fait un bref exposé des résultats de l'exercice 1913.

Le nombre des membres qui ont régulièrement cotisé s'est élevé à 2.646.

Les recettes se sont élevées à 56.189 fr. 66 ; il a été versé 5.292 fr. à la caisse de garantie ; les dépenses se sont élevées à 50.971 fr. 658. L'exercice se solde donc par un déficit de 73 fr. 99.

En outre, conformément à la décision de l'Assemblée générale, il a été fait un versement extraordinaire de 5.000 fr. à la caisse de garantie, et il a été payé en janvier environ 5.000 fr. de frais de justice encore imputables à l'exercice 1913.

Les reliquats antérieurs ont donc été réduits de 10.000 francs. C'est là une situation dont le Conseil d'administration aura à tenir compte.

— Le Dr P. est traîné en appel d'un jugement de paix qui condamne un patron au paiement d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail. La compagnie prétend, au nom du patron, que l'incapacité a duré moins de 5 jours, alors qu'en réalité elle a duré beaucoup plus, bien que le blessé, dans l'impossibilité de se livrer à un travail régulier, ait pu faire quelques courses pour son patron.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P. pour défendre à cet appel.

— Le Dr P. communique un jugement de paix condamnant un médecin d'assurance à 50 fr. de dommages-intérêts pour le préjudice qu'il lui a causé en voulant imposer à un blessé du travail une visite de contrôle sans avoir rempli les formalités légales.

Le Dr P. fait don au « Sou médical » de la somme de 25 fr. lui restant sur les dommages-intérêts qu'il a touchés, déduction faite des honoraires et faux frais de son homme d'affaires. Le Conseil lui adresse ses remerciements pour ce don

— Le Dr A. a gagné, sur appel formé par son adversaire, le procès en garantie de frais pharmaceutiques prétendus exagérés qu'il avait déjà gagné devant le juge de paix.

Les honoraires de son avocat, s'élevant à 100 francs pour plaidoirie devant les deux juridictions et les frais de copie du jugement (2 francs), lui seront remboursés.

— Le Dr J. est traîné en appel d'un jugement de justice de paix qui condamne les héritiers d'un client à lui payer ses honoraires pour soins donnés au *de cujus*. Après avoir reconnu qu'ils n'avaient pas payé les dettes,ses adversaires ont invoqué la prescription. L'appui pécuniaire lui est accordé en appel.

— Dans l'affaire du Dr T., le Conseil d'Etat a rendu un arrêt par lequel il se déclare incompétent et proclame la compétence du Conseil de préfecture dans les litiges relatifs à l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite, conformément à l'avis de nos avocats conseils.

— Le Dr R. obtient l'appui pécuniaire pour former devant le tribunal civil, contre la commune de B., la demande en paiement de subvention sur laquelle le Conseil d'Etat s'est déclaré incompétent.

— Le Dr B. demande l'appui pécuniaire pour interjeter appel d'un jugement du tribunal civil qui réduit d'environ 50 % une demande d'honoraires.

Après discussion, le Conseil, considérant que cette décision porte à M. le Dr B. un grave préjudice et qu'une réduction aussi importante ne paraît pas justifiée, accorde l'appui pécuniaire demandé.

— Le Dr G. demande l'appui pécuniaire pour combattre, avec le concours d'un avocat, un rapport d'expertise qui, par des déductions hasardeuses tirées de constatations de faits obtenues par des moyens d'investigation relevant du domaine de la police, conclut à la réduction d'une note d'honoraires-accidents.

Le Conseil, après lecture du rapport dont il s'agit, accorde au Dr G. l'appui pécuniaire demandé.

— Le Dr K. demande le paiement des frais et honoraires de son avoué dans deux affaires pour lesquelles l'appui pécuniaire lui avait été accordé. Ces frais et honoraires, s'élevant à 95 fr. 70, sont ordonnancés.

— Le Conseil autorise le remboursement de diverses sommes payées pour copies de jugements : 1 fr. 35 au greffier du tribunal de N. ; 16 fr. 40 au Dr F.; 8 fr. 50 au Dr A.

— Le Dr D. demande le remboursement d'une somme de 854 fr. 65, payée pour frais judiciaires et honoraires d'avocats pour trois appels de jugements de paix soutenus avec l'appui du « Sou » (*Accordé.*)

— Le Dr B. est traîné en appel d'un jugement de paix condamnant un patron à lui payer ses honoraires pour soins donnés à un blessé du travail. L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour défendre à cet appel.

— Le Dr C. a reçu notification qu'un pourvoi en Cassation venait d'être admis parla Chambre des requêtes contre un jugement d'appel qui reconnaissait au médecin le droit de réclamer ses honoraires en cours de traitement pour soins donnés à un blessé du travail.

Le Conseil accorde l'appui pécuniaire pour défendre le Dr C. devant la Chambre civile de la Cour de cassation.

— Bordereau de 1.017 fr. est ordonnancé pour frais de l'avoué du Dr C.

— Le Dr R. a gagné en appel son procès et obtient les honoraires réclamés pour frais de radiographie faite pour un blessé du travail.

Bordereau de 100 fr. est ordonnancé pour les honoraires de son avocat.

— Le Dr L. voit contester ses honoraires pour un accident du travail, alors qu'il a été mis en œuvre par le chef d'entreprise, sous le prétexte que la victime est un tâcheron.

L'affaire étant en appel entre ouvrier et patron, appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour la sauvegarde de ses intérêts.

— Le Dr L. est la victime d'un client qui ne veut pas payer sa note d'honoraires et menace de le poursuivre en responsabilité professionnelle.

Appui pécuniaire lui est accordé pour se faire défendre, s'il y a lieu, par un avocat.

— Deux autres affaires de responsabilité professionnelle sont exposées au Conseil, qui accorde l'appui pécuniaire aux confrères menacés.

DÉONTOLOGIE

Confiscation des ordonnances médicales par les pharmaciens.

Une question de pratique médicale courante qui devrait, au point de vue juridique, être réglementée très catégoriquement, est la suivante :

Les Sociétés de secours mutuels, les Compagnies d'assurances et l'Assistance médicale gratuite ont-elles le droit d'exiger, de la part du pharmacien, la production des ordonnances médicales, en même temps que la production de sa note d'honoraires pharmaceutiques ?

Y a-t-il à ce sujet une loi ou une convention légale quelconque autorisant ces sociétés à agir ainsi ? Ou bien est-ce seulement, de leur part, un abus d'exigence sans aucun fondement ? Dans ce dernier cas, peut-on leur opposer un refus catégorique de leur livrer les ordonnances ? Comment et sur quoi pourrait-on motiver et appuyer ce refus ?

Personnellement, je ne crois pas qu'il y ait de texte juridique autorisant lesdites sociétés à se comporter comme elles le font actuellement.

Il s'agit donc en cela d'une coutume établie peu à peu par ces sociétés, comme moyen de contrôle. Cela leur permet de vérifier si le pharmacien applique réellement le tarif réduit qu'il leur a consenti. Mais ce procédé indique de leur part un état de suspicion envers l'honnêteté du pharmacien, contre lequel ce dernier devrait protester.

Au point de vue médical, cette façon d'agir nous est pernicieuse comme nous l'indiquerons plus loin ; de même que nous signalerons les motifs d'après lesquels on pourrait exiger que l'ordonnance soit rendue au malade.

Actuellement, tout pharmacien qui veut être payé des médicaments fournis à un malade de l'Assistance médicale gratuite, d'une Mutualité ou d'une Compagnie d'assurances, *doit envoyer, en même temps que sa note d'honoraires, toutes les ordonnances médicales justifiant la quantité de remèdes fournis.* S'il a perdu l'ordonnance bien qu'il ait livré le médicament, ce dernier ne lui sera pas payé, ou bien, s'il l'est, ce ne sera qu'après des pourparlers ennuyeux.

Je suis étonné que les pharmaciens n'aient jamais protesté contre cet état de choses. Agir ainsi, c'est en effet mettre leur *probité en état de suspicion ; on a l'air de les croire capables de se faire payer des médicaments qu'ils n'ont pas délivrés.*

Puisque les compagnies d'assurances, etc... croient les médecins sur parole, au sujet de leurs notes d'honoraires (visites, interventions de petite chirurgie, pansements, etc...), je ne vois pas pourquoi elles ne feraient pas de même vis-à-vis des pharmaciens.

La production des ordonnances médicales ne permet pas en effet aux compagnies, mutualités, etc.. de contrôler la note d'honoraires du médecin, puisque ce dernier ne rédige pas toujours une ordonnance à chacune de ses visites.

Je sais bien que les assurances, mutualités et Assistance gratuite déclareront que la famille du malade pourrait acheter des médicaments autres que ceux destinés au malade lui-même, et les faire payer par la compagnie. Mais c'est un argument spécieux.

En effet, il suffirait que le médecin mît sur l'ordonnance, concernant ces catégories spéciales de clients, le nom du malade. Le pharmacien ne pourrait pas se tromper, et ne devrait rien livrer pour le malade en question sans une ordonnance du médecin.

Le pharmacien ouvrirait donc un compte spécial au malade dépendant d'une de ces sociétés : compte complètement indépendant de celui des autres membres de la famille. Les compagnies d'assurances, etc. seraient ainsi assurées de ne payer que ce qu'elles devraient. Il est vrai que pour agir ainsi, il faudrait qu'elles se fiassent à la probité du pharmacien, au lieu d'avoir l'air d'en douter.

Dans l'état actuel des choses, les compagnies d'assurances, mutualités, et Assistance médicale gratuite exigeant la production de l'ordonnance médicale en justification de la note d'honoraires pharmaceutiques, *le pharmacien,* de peur de ne pas être payé intégralement de ses fournitures, *conserve toujours l'ordonnance dès qu'elle est apportée à sa pharmacie.*

Le pharmacien se dit en effet que s'il rend l'ordonnance au client, ce dernier la perdra ; ou bien qu'il aura mille difficultés pour se la faire rendre, vu l'insouciance du client, au moment où il aura besoin de cette ordonnance pour se faire payer. Le pharmacien se tient ce raisonnement : « Un bon tiens vaut mieux que deux tu l'auras. » Il prend donc ses précautions immédiatement et ne rend jamais l'ordonnance au client.

Il me semble cependant que l'ordonnance appartient au malade et non à la Compagnie, Mutualité, Assistance ; ce que paraîtrait prouver cette manière d'agir de la mutualité, etc.... (réclamation de l'ordonnance à la fin du traitement).

Les compagnies ont beau payer les remèdes, à mon avis, l'*ordonnance est la propriété du malade.*

Ce malade, en effet, a passé une convention avec la Compagnie, ou la Mutualité, moyennant une cotisation ou une prime d'assurance, qu'il paie à la Mutualité, etc.... D'après cette convention, les compagnies ont accepté de se substituer au malade au moment du règlement de compte (aussi bien en ce qui concerne le médecin que le pharmacien) ; elles ne doivent intervenir qu'à ce moment-là.

Or, le médecin, en échange de ses honoraires, donne au malade une ordonnance, de même que le pharmacien donne aussi au malade des médicaments, en échange de ses honoraires. En toute logique, puisque les compagnies réclament qu'on leur donne les ordonnances, elles devraient réclamer aussi qu'on leur livrât les médicaments, puisque les deux choses (ordonnances et médicaments) ont la même signification dans le pacte passé entre elles et le malade. Du moment que les médicaments sont remis au malade, il doit en être de même des ordonnances.

Un banquier, chargé par un client ordinaire de payer ses notes, n'aurait aucunement l'idée de demander les ordonnances comme preuve de ce qu'il doit payer. On lui présente la note, il paye et c'est tout.

Les compagnies sont, pour ainsi dire, le banquier que le malade (suivant les conventions intervenues entre eux) délègue en ses lieu et place pour payer ses notes. Dans l'un comme dans l'autre cas, le malade seul devrait donc posséder les ordonnances médicales.

En exigeant la production des ordonnances, il y a, semble-t-il, abus de pouvoir de la part des compagnies et violation du secret professionnel, etc...

En payant sa cotisation ou sa prime d'assurances, etc... le client a par là même acquis le droit de posséder son ordonnance aussi bien que les remèdes ; il doit donc faire des uns et des autres ce que bon lui semblera, et l'on ne doit pas avoir la faculté de restreindre ce droit de quelque façon que ce soit.

S'il s'agit de l'Assistance médicale gratuite, le raisonnement est le même ; car au lieu d'une convention passée entre un particulier et une assurance ou une mutualité ; c'est une convention passée entre les contribuables, le gouvernement et les communes au sujet des malades indigents.

La manière actuelle d'agir de la part des assurances, mutualités et Assistance médicale gratuite, porte préjudice au malade et au médecin.

Au point de vue du malade, on peut dire que le secret professionnel n'existe plus.

En effet par les médicaments et traitements ordonnés à un malade, pour peu que l'on ait quelques connaissances pharmaceutiques (il y a actuellement des articles médicaux dans tous les journaux), et même sans cela, la simple habitude permet de savoir à peu près le nom de la maladie à laquelle correspondent les médicaments en question.

Que le médecin ordonne de l'iodure, du mercure, du 606, de la créosote ou ses succédanés, etc.., immédiatement les bureaucrates qui vérifient les notes d'honoraires du pharmacien et les ordonnances médicales, sauront que M. ou Mme X.. sont atteints de syphilis, tuberculose, etc....

Voici donc un malade à la merci d'une indiscrétion des bureaucrates. On me dira bien que, de par leurs fonctions, ces Messieurs sont tenus au secret professionnel comme le médecin et le pharmacien. En théorie, cela est très beau, mais en pratique, c'est tout ce qu'il y a de plus aléatoire. Il vaut donc mieux tabler sur la non-existence de la chose.

S'il s'agit d'une Compagnie d'assurances, cela peut avoir moins d'importance, vu que les employés de ladite compagnie ne connaissent pas du tout, ou très rarement, les personnes dont ils ont à régler les notes de maladie.

Si, au contraire, il s'agit de l'Assistance médicale gratuite et *a fortiori* d'une Société de secours mutuels, il en est tout autrement ; les malades sont connus de ceux qui examinent les ordonnances.

Dans une petite ville ou à la campagne, ce sont généralement deux des membres actifs de la Mutualité qui sont chargés des fonctions de secrétaire et de trésorier. Ils connaissent personnellement tous les membres de la Société.

De par la lecture des ordonnances, ils sont donc au courant de toutes les petites misères, et même de toutes les tares dont sont affligés leurs collègues.

Or, dans les petits endroits, on cause facilement, chacun est heureux de pouvoir être mieux renseigné que le voisin sur son prochain, et de le prouver ; aussi une réflexion lancée même à demi-mot, dans la conversation, peut faire soupçonner beaucoup de choses. Cela peut même servir (ce qui doit être rare, il faut l'espérer) à assouvir des ini itié , comme il en existe dans les petites villes.

La réclamation des ordonnances médicales par les mutualités, etc., peut donc être très préjudiciable aux

malades dont les infirmités peuvent ainsi être connues de tout le public.

Comme je le disais plus haut, quelqu'un qui voit souvent des ordonnances, et lit un peu les articles médicaux, paraissant dans les journaux mondains ou quotidiens, arrive très bien à faire *grosso modo* le diagnostic d'une maladie par la lecture d'une ordonnance.

Dans un grand nombre de cas, on peut assimiler, pour ainsi dire, une ordonnance médicale à un pseudo-certificat médical de maladie. *On pourrait donc appliquer aux ordonnances médicales les règlements administratifs et juridiques, appliqués aux certificats médicaux.*

Généralement les Mutualités, etc..., demandent le diagnostic (nom de la maladie) sur les certificats médicaux.

A ce sujet, en 1912, *deux Ministres du Travail et de la Prévoyance sociale* : « pour éviter les inconvénients graves qui pourraient résulter de cette violation du secret professionnel médical (nom de la maladie indiqué sur les certificats médicaux devant être remis à des tiers) ont invité la Société de secours mutuels à ne plus exiger le diagnostic exact des maladies de leurs adhérents. »

De plus, ces Ministres ont indiqué aux Mutualités : « que pour éviter tout abus, il leur serait possible de désigner un ou plus ieurmédecins contrôleurs chargés de s'assurer, d'accord avec le médecin traitant, de la réalité des affections signalées et de vérifier si les dites affections rentrent bien dans le cadre des maladies secourues par l'Association. »

Un jugement du tribunal civil de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), jugement en date du 22 avril 1913, est venu confirmer juridiquement les opinions émises ci-dessus par les deux Ministres du travail.

Le jugement en question fut ainsi notifié : « .... mais qu'il s'agit ici de maladies qui ne peuvent être certifiées que par des médecins, et que les médecins *tenus légalement au secret professionnel*, ne sont pas libres dans leurs attestations ; qu'il ne leur est pas, sans doute, interdit de délivrer des certificats à leurs malades, mais si ces certificats doivent être remis à des tiers, à leur connaissance, et si cette révélation leur est faite encore par cette particularité que leur attestation est sollicitée sur un bulletin détaché d'un registre à souches appartenant à un tiers, il est naturel que, par scrupule, *ils refusent de donner des indications claires, nettes et précises*, et que pour concilier la satisfaction à donner à leurs clients avec leurs devoirs, ils ne consentent qu'à désigner la maladie dont leur client était atteint, sous une dénomination générique, sans la préciser autrement, etc., etc., etc.....

« Attendu que faisant interprétation à l'espèce, les termes de l'attestation (certificat médical) : « une maladie aiguë ne tombant pas sous les restrictions de l'article 22 des statuts » (de la mutualité en question) sont suffisants, etc., etc.

« Par ces motifs : Le tribunal, après en avoir délibéré, jugeant publiquement en matière sommaire et en premier ressort, dit et juge que le certificat médical fourni par A. P.... ou en son nom, indique suffisamment son état de maladie et répond aux prescriptions de l'article 22 des statuts de la Société scolaire de Secours mutuels et de retraite, etc., etc.

« Condamne le sieur G.... es-qualités, au paiement de ladite somme de 30 francs envers le sieur P...., père, représentant son fils mineur.

« Condamne ladite Société aux dépens. » (*Tribunal civil de Rochefort-sur-Mer* (Charente-Inférieure), 22 *avril* 1913).

Les décisions administratives et juridiques prises pour sauvegarder le secret professionnel médical, en ce qui concerne les certificats médicaux, devraient l'être aussi envers les ordonnances médicales ; puisque dans l'un et l'autre cas, on peut connaître la nature et le nom de la maladie.

Dr MARICHAL (Thoissey, Ain).

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Mœurs médicales modernes (1).

Le Grand Amphithéâtre était bondé. La plupart des auditeurs tenaient sur les genoux un cahier sur lequel ils se penchaient, à tout instant, pour griffonner des notes. En bas des gradins, devant une longue table, recouverte d'un tapis vert, se tenait Valanet.

Frisant la soixantaine, mais ne la portant guère, la taille très haute, les épaules voûtées, le torse maigre, ballottant dans une longue redingote trop vaste, le visage osseux et tourmenté, aux pommettes saillantes, le large crâne dénudé, entouré à la nuque d'une demi-couronne de rares cheveux grisonnants, le menton pointu, allongé par une barbiche de bouc, le nez en bec de corbeau, coupé par la barre d'or de grosses besicles à verres bleus, Valanet faisait songer à Méphistophélès, ayant pris l'accoutrement d'un Faust moderne. Sans cesse en mouvement, longeant l'estrade d'un pas fébrile, il parlait d'une voix perçante et aigrelette qu'accompagnaient des gestes saccadés. Presque à chaque phrase, il montrait les planches coloriées, clouées sur un grand tableau noir qui indiquaient la disposition des organes dont il entretenait les élèves, craignant, semblait-il, par-dessus tout, d'être cru sur parole. A le voir et à l'entendre, on avait l'impression très nette qu'il ne vivait que pour et par la science et qu'il se sentait profondément heureux au milieu de ses auditeurs, jeunes, enthousiastes et studieux, dont il se savait aimé et respecté. De temps en temps, les visages, con-

(1) Bernard TAFT. — *Dans la lutte*, publié avec la bienveillante autorisation de l'éditeur : Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris (*Envoi franco*).

tractés par un effort d'attention soutenu, se détendaient, la main lâchait le crayon, le cahier dégringolait des genoux, — et un rire homérique secouait l'amphithéâtre, faisant trembler ses vieux murs.....

C'était, tantôt, une sortie violente contre un faux savant ou une prétendue découverte ; tantôt, une mordante épigramme contre un collègue dont Valanet ne prononçait pas le nom, mais qu'il désignait clairement ; tantôt, un terme égrillard ; tantôt, enfin, une anecdote pimentée, puisée dans le riche arsenal de ses souvenirs sur un maître illustre que la génération actuelle n'avait pas connu. La boutade partait en fusée, et l'accent de gravité sur lequel elle était dite ne faisait que la rendre d'un comique plus irrésistible. Mais, aussitôt, les rires s'apaisaient, les sourires s'effaçaient, les visages redevenaient graves, les cahiers étaient replacés sur les genoux, les têtes se penchaient à nouveau, et les mains se remettaient à écrire — jusqu'à la nouvelle boutade, jusqu'à la nouvelle et formidable explosion de rire. La leçon portait sur les organes du cou. S'aidant de ses dessins, Valanet en avait donné la description complète et détaillée ; il ne lui restait qu'à indiquer leur topographie respective.

— Donc, messieurs, dit Valanet, en faisant une section d'avant en arrière, on trouve, par ordre, la trachée, l'œsophage, la colonne vertébrale. Voici, messieurs....

Il fit un mouvement, pour se tourner vers ses dessins, mais s'arrêta, pensif. Et, tout à coup :

— Marveille !

Marveille, son chef de laboratoire, — un solide gaillard, tout en largeur, la face rubiconde, coupée d'une énorme moustache blonde, — se leva.

— Asseyez-vous là, lui dit Valanet, en lui indiquant une chaise.

Marveille s'étant assis, Valanet se mit sur ses genoux et appela l'appariteur qui, — très digne en son habit noir, sans collet, avec le collier d'acier, s'étalant sur son étroite poitrine, — se tenait à l'autre bout de l'estrade.

— Approchez, mon ami.

L'appariteur s'avança.

Valanet tapa sur ses genoux.

— Prenez place, je vous prie.

L'appariteur ne bougea pas, hésitant, troublé, sans doute, à la pensée de s'asseoir sur les genoux d'un maître illustre.

Valanet gronda.

— Mais voulez-vous vous mettre là, nom d'un petit bonhomme !

L'appariteur obéit.

L'auditoire avait suivi la scène, attentif et silencieux. Et, bien que ce groupe de trois hommes, assis en pile l'un sur l'autre, avec leurs tailles et leurs figures disparates, fût d'un prodigieux comique, tous restaient graves, le regard fixe, l'air recueilli.

Valanet se cala sur Marveille, affermit sur lui le vaillant appariteur ; et, solennellement :

— Et bien ! messieurs...

D'une main, il frappa la poitrine de l'appariteur :

— Voici la trachée.

Se frappant à son tour :

— Moi, je suis l'œsophage.

Ployant le bras, il donna un coup de poing à Marveille.

— Et ça, c'est la colonne.... Pas la colonne Vendôme, pour sûr, mais bien solide quand même, allez !...

Aussitôt, les visages se détendirent ; et un immense éclat de rire secoua l'amphithéâtre. Valanet, visiblement satisfait de l'effet obtenu, repoussa l'appariteur et se leva.

— A mercredi, messieurs.

Et il sortit parmi des applaudissements frénétiques.

....

Dès qu'il l'eut aperçu, Valanet alla à lui la main tendue.

— Bonjour, mon petit. Ça va ?

— Merci, monsieur.... Je me suis permis de.....

— Compris. Vous venez aux nouvelles. Eh, bien ! cela s'annonce bien pour vous.... Votre copie est excellente.... Mais.. voilà.... Il y a un mais....

— Brochard !

— Vous y êtes, mon garçon, vous y êtes en plein ! Sacré Brochard ! Tous les membres du jury sont pour lui. Ils ne le disent pas tout haut.. Ils sont trop malins, parbleu ! Mais cela saute aux yeux, aux miens du moins, qui sont bien armés....

Et d'un coup sec de son index osseux, il remonta ses besicles.

— Ainsi, reprit-il, j'ai eu toutes les peines du monde à vous faire classer premier. Et pourtant, en toute impartialité, votre copie à vous est de beaucoup supérieure à celle des autres candidats, à celle du nommé Brochard surtout. Mais, que diable, voulez-vous ? Brochard est le neveu de Cottin.... Le neveu, hum, hum.... ajouta t-il, avec un sourire significatif, faisant allusion à l'opinion générale d'après laquelle Brochard était le fils naturel de Cottin. Oui, mon garçon, oui, mes aimables collègues courbent tous l'échine devant cet animal de Cottin.... Et j'en suis à me demander....

— Il s'arrêta.

— Vous vous demandez ? insista Lucien, un peu pâle.

— Il vous reste toujours l'oral.... Tâchez de briller, mais, vous savez, briller d'un éclat éblouissant !.... Soyez le soleil, de façon à ce que, quoi qu'on fasse, Brochard ne paraisse à côté de vous qu'une lune, une lune rousse.... C'est le cas de le dire, acheva-t-il avec un rire satisfait : — la chevelure et la barbe de Brochard étaient d'un blond ardent.

— Oh ! si les membres du jury ont leur siège fait....

— Je le crains, mon ami... je le crains... Mais, enfin, le malheur ne serait pas irréparable.... Ce serait pour la prochaine fois.... On n'a pas tous les jours à lutter contre des Brochard, — heureusement.

— La prochaine fois, fit Lucien tristement, c'est dans trois ans !

— Eh bien, quoi ! Vous n'êtes pas encore décrépit, grâce à Dieu !... Est-elle impatiente, cette jeunesse? Mais savez-vous bien que moi, moi, Valanet, j'ai concouru trois fois pour l'agrégation, avant de décrocher la timbale. Oui, petit, trois fois.... Je n'en suis pas mort, comme vous pouvez le constater. Et, d'ailleurs, en ce qui vous concerne, le dernier mot n'est pas encore dit.... Reste l'oral, je le répète. Et puis, en admettant que cela rate, rien ne prouve que vous serez obligé d'attendre trois ans.... Un des prosecteurs en activité pourrait être nommé chirurgien des hôpitaux.... Les deux fonctions étant incompatibles, il y aurait une vacance... Et, cette fois-là, le poste sera pour vous... ou j'y perdrai ma belle perruque, fit-il en riant et en se frappant le crâne où serpentaient une demi-douzaine de cheveux grisonnants.

Lucien garda le silence.

— Oh ! de grâce, mon garçon, s'écria Valanet, ne prenez donc pas cet air d'enterrement !... Patience, que diable, patience ! L'impatience ne convient qu'aux faibles et qu'aux paresseurx. Et vous, vous êtes un travailleur et un fort !

Et lui tendant la main :

— Allons, mon ami, allons, ne vous faites pas de bile !

(*A suivre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Les étrangers et le concours de l'internat des hôpitaux de Paris.** — Une délégation de la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, composée de MM. les Docteurs E. DELAUNAY, président de la Société ; TRIBOULET, ancien président ; JAYLE, secrétaire général ; H. GODLEWSKI, interne en exercice, a été présentée ce matin à 9 heures par Monsieur le Docteur Emile REYMOND, sénateur, ancien interne des Hôpitaux de Paris, à Monsieur RENOULT, Ministre de l'Intérieur. La délégation est venue protester contre l'article du nouveau règlement, imposant aux Etrangers les inscriptions au diplôme d'*Etat* pour être admis au concours de l'Internat en médecine des Hôpitaux de Paris. Elle a demandé que les inscriptions pour le diplôme *universitaire* suffisent comme par le passé, faisant remarquer qu'au point de vue de l'expansion française à l'étranger, toute mesure restrictive va à l'encontre des intérêts du pays.

Monsieur le Ministre s'est montré favorable à cette démarche.

— **Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — *Troisième voyage d'études aux stations hydrominérales et climatiques.* — Plateau central (du 1er au 12 septembre 1914), sous la direction de M. le docteur J. Sellier, chargé de cours de climatologie et d'hydrologie médicales à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

On visitera les stations suivantes : Miers, Vic-sur-Cère, Le Lioran, La Bourboule, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol, Châtelguyon, Néris, Evaux, Bourbon-l'Archambault, Vichy.

Le programme détaillé sera ultérieurement publié. Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Lafond-Grellety, secrétaire général adjoint de la Société d'hydrologie et de climatologie de Bordeaux, 64, rue de Saint-Genès.

—**Conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie et de radiumlogie.** — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par un, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois environ.

La deuxième série aura lieu à partir du lundi 4 mai à l'amphithéâtre de la Pitié, 83, boulevard de l'hôpital (chemin de fer métropolitain, station Saint-Marcel).

La conférence inaugurale sera faite le 4 mai, à 4 h. 30, sous la présidence de : M. le docteur Barth, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de surveillance, par M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser : au Dr Delherm, hôpital de la Pitié ; boulevard de l'Hôpital, 83, Paris (XIIIe), ou au Dr Aubourg, Hôpital Boucicaut, rue de la Convention, 62, Paris (XVe).

— **Le repos hebdomadaire des médecins.** — Les médecins de Blois, par une lettre rendue publique, demandent à leurs clients de vouloir bien ne réclamer de visites médicales et de consultations le dimanche que pour des cas graves, les accouchements et les accidents. Toutefois les malades en cours de traitement continueront à être visités le dimanche comme les autres jours de la semaine si leur état l'exige.

— **L'encombrement médical au Canada.** — Tout comme en France, il y a, au Canada, pléthore de médecins, témoin cette constatation de la *Clinique de Montréal* (janvier 1914) : « La profession médicale de cette province, et nous pouvons bien dire de tout le Canada, est encombrée, et bon nombre de nos confrères sont obligés, pour vivre, de quitter la médecine et d'embrasser une autre carrière. C'est triste, mais cela est ».

— **La lutte contre l'alcoolisme.** — Un arrêté municipal règle, depuis plusieurs années, à Grenoble, l'installation des débits de boissons. Depuis 1905, les rideaux opaques des devantures sont interdits aussi bien que les arrière-salles de cabarets.

De nouveaux débits ne peuvent s'ouvrir dans un périmètre de 200 mètres autour des monuments publics.

Cette règlementtation a déjà fait disparaître un nombre d'établissements interlopes.

On va encore augmenter les mesures de répression contre les débits de ce genre : désormais, ils ne pourront employer des servantes âgées de moins de dix-huit ans, et les patrons seront responsables des amendes encourues par les bonnes surprises assises à côté des clients ou postées sur le pas de la porte.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 12 bis. (Supplémentaire). Mardi 24 Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

CORRESPONDANCE

Comment défendre les jeunes médecins contre les clientèles inexistantes.

Il est, tous en conviennent, peu de questions aussi importantes que le choix d'un poste médical, tant pour celui qui doit l'occuper que pour les confrères de sa circonscription.

Il serait à désirer que la situation médicale offerte ne pût donner prise à aucune déception, à aucun malentendu. Or, vous savez ce qui se passe en général en pareil cas. Aussitôt qu'un poste devient vacant, vite un homme politique, le maire de la commune, souvent l'ennemi du corps médical, entre en ligne ; une lettre est bientôt rédigée en termes des plus alléchants pour l'heureux confrère qui décrochera cette timbale.

Qu'il vienne vite, situation magnifique ; clientèle assurée. Je vous fais grâce du boniment. C'est bien le droit de M. le maire. C'est le droit de la clientèle d'appeler un médecin, me direz-vous. J'en conviens. L'affiche est collée à la faculté où tous les jeunes confrères en peuvent prendre lecture. C'est peut-être une excellente affaire, mais c'est peut-être aussi une perfide annonce, un piège tendu à la candeur du jeune confrère, heureux défaut de cet âge, et notre but est de prévenir l'erreur, parfois irréparable, en voulant opposer à l'affiche souvent mensongère de M. le maire, la simple vérité sans dénigrement ni sans engagement. Est-ce possible ?

Le *Concours* rendrait, en comblant cette lacune, un service important au corps médical dont il est le protecteur attitré.

Posons bien la question. Il ne s'agit pas de l'évaluation plus ou moins exacte de la somme des honoraires que peut rapporter le poste offert, des avantages probables qu'en peut tirer le nouvel occupant, etc., etc. Le rôle du *Concours* consistera dans l'exposé pur et simple de la situation médicale au point de vue topographique, du chiffre de la population à desservir, du nombre de confrères établis, de la distance qu'ils occupent les uns par rapport aux autres, des modifications survenues.

Voici par exemple un poste de petite ville de 2.300 habitants, où depuis quelques années exerçaient deux médecins qui, outre les habitants de cette localité, avaient dans leur circonscription un gros bourg de 1.200 habitants et plusieurs communes rurales.

Un confrère vient s'établir dans ce gros bourg et chasse absolument de la campagne ces deux confrères qui sont ainsi réduits par la configuration même du pays à se contenter des maigres ressources d'une petite clientèle insuffisante pour un seul desservant, je dis un seul, dans cette petite ville qui en possédait deux, d'autant plus qu'une sage-femme, intelligente et ac-

tive, est venue s'installer dans le pays et fait presque tous les accouchements.

La situation s'est modifiée complètement. Qu'est-il arrivé ? Ce qui devait se produire : le départ du plus jeune des confrères qui a réussi à trouver un successeur, lequel est resté 18 mois et est parti à son tour. Rien de plus naturel, je dirai même de plus raisonnable, mais la population n'y trouve pas son compte, et M. le maire donc ? L'intérêt du corps médical ? Vous plaisantez. C'est alors le coup de l'affiche :

Poste vacant à A., où il y a toujours eu deux médecins. Belle situation à prendre de suite. Il est vrai. Mais ce que ne dit pas l'affiche c'est que ces deux médecins de A avaient dans leur circonscription la clientèle de B et toutes les campagnes des communes environnantes qui leur échappe maintenant. Le *voilà le malentendu* qui serait dissipé par un service de renseignements installé au siège du *Concours*. Qu'en face de l'affiche de M. le maire en soit apposée une autre ainsi libellée : Prière au jeune confrère sollicité de s'établir à A de se présenter à l'adresse des bureaux du *Concours* où tous renseignements lui seront donnés, des renseignements seulement, rien que des renseignements, mais vrais, précis, topiques, exacts.

Mais, me direz-vous peut-être, c'est au confrère sollicité de prendre ses précautions. Evidemment, mais on ne les prend pas toujours. — Tant pis pour lui, il n'aura que ce qu'il mérite. —Hé oui ! mais tant pis aussi pour ses confrères, pour le corps médical, pour l'union professionnelle, pour l'idée syndicaliste.

La gêne est mauvaise conseillère. M. le maire se montrera aimable. Il proposera peut-être des forfaits qui seront acceptés. La préfecture ne manquera pas de lui venir en aide. Il jouera son rôle enfin, qui est de diviser pour régner. Et quand le jeune confrère aura tout divisé, tout désorganisé, il quittera la partie et une situation ingrate qu'il n'aurait jamais dû accepter.

L'union seule fait notre force. Détestez-vous cordialement s'il le faut, mais au point de vue syndicaliste, soyez unis.

Défiez-vous des politiciens.

Dr M.

Réponse.

Vos remarques sont parfaitement justes. Malgré le dévouement du *Concours* à la cause médicale, il lui est absolument impossible, pour de multiples raisons, de créer l'organisation que vous proposez.

C'est au Syndicat qu'il appartient de prendre les mesures utiles pour mettre en garde les jeunes médecins contre les postes inexistants.

(*Voir suite page* 832.)

REVUE GÉNÉRALE

Comme son titre l'indique, cette étude n'envisagera que le TRAITEMENT *des maladies infectieuses par les* VACCINS PROPREMENT DITS (1), *que l'on inocule, ou qui sont absorbés par l'organisme (voie gastro-intestinale), de manière à déterminer, par une réaction de défense, une* IMMUNISATION ACTIVE. *Elle ne comprendra pas la bactériothérapie dans son ensemble, ou mieux tous les médicaments bactériens, ce qui nécessiterait l'exposé de tous les procédés sérothérapiques, comme aussi des méthodes qui utilisent certaines cultures bactériennes pour modifier des états locaux. C'est ainsi qu'il ne sera pas question de l'emploi des cultures de bacilles lactiques dans les infections intestinales, dans les inflammations du nez et de la gorge, où elles agissent en antiseptiques de la surface. Les mêmes considérations s'adresseront aux applications de cultures lactiques pour hâter la cicatrisation des plaies septiques vulvo-vaginales de la puerpéralité, des désunions et des fistules post-opératoires, ou d'autres plaies infectées* (*Travaux de Brindeau et de C. Jeannin*, 1908-1909-1912).

LES VACCINOTHÉRAPIES

Par le Dr G. Fischer.

I

Les principes de la vaccinothérapie.

Le malade est un sujet dont l'organisme est envahi par des germes pathogènes, et cet envahissement témoigne pour lui d'une force de résistance diminuée. Durant la maladie, la lutte va se poursuivre entre l'organisme et les agents pathogènes ; son issue dépendra de la vigueur de l'un ou de la virulence des autres ; elle se traduira par la guérison ou par la mort du sujet.

Jusqu'à ces dernières années, la thérapeutique avait surtout pour but de soutenir, de renforcer la vigueur de l'organisme — soit en calmant l'élément douleur pour permettre au sujet de se reposer et par suite de réparer ses forces — soit en activant ses énergies locales ou générales, pour accroître l'élimination des produits pathologiques par des sécrétions glandulaires plus abondantes, par des excrétions plus intenses, ou de tonifier l'appareil cardio-vasculaire, d'une importance si considérable dans les échanges intra-cellulaires. *La thérapeutique était principalement stimulante.*

Cependant, toute infection repose sur une bactériémie ou sur une toxémie, suivant que les bactéries elles-mêmes, ou leurs toxines, envahissent le torrent circulatoire, et les phénomènes intimes de la maladie se traduisent par une lutte antimicrobienne ou anti-toxique. *L'organisme* dispose pour cette lutte de cellules spéciales et de sécrétions très particulières ; qui plus est, *son pouvoir général* anti-microbien ou *anti-infectieux et anti-toxique* se « *détermine* » en présence de tel ou de tel microbe : il *devient spécifique.*

Stimuler la force de résistance générale de l'organisme était déjà bien ; cependant, mieux

(1) Cultures de bacilles tués par la chaleur ou par un antiseptique volatil ; extraits bacillaires par autolyse ; vaccins vivants.

encore était de le soutenir en même temps dans sa lutte spécifique. *La thérapeutique devait devenir à la fois stimulante et spécifique.*

Les éléments essentiels de la défense organinique sont représentés par les globules blancs, circulants ou fixés au niveau des endothéliums, (phagocytes) et par les sécrétions cellulaires. Dès que des microbes pathogènes pénètrent dans les tissus, on voit se fixer sur eux des opsonines, substances qui les rendent plus vulnérables, et qui permettent aux leucocytes de les attaquer plus facilement, de mieux absorber leurs produits toxiques. D'autre part, des sécrétions cellulaires antitoxiques se produisent, qui neutralisent les toxines microbiennes (1), les détruisent, et détruisent même aussi les corps bactériens.

Quelles que soient les hypothèses admises (Metchnikoff, Ehrlich) pour expliquer le mécanisme de cette défense organique — nous en donnons ci-dessous un aperçu — que toutes ces hypothèses soient, ou non, vérifiées, il n'en est pas moins vrai que la *défense anti-infectieuse et anti-toxique de l'organisme constitue un fait précis et certain.* Pour rester momentanément dans le domaine de l'expérimentation, nous pouvons rappeler les faits suivants : chez un lapin inoculé avec le bacille d'Eberth, le pouvoir de défense spécifique est augmenté pour le bacille d'Eberth et ne l'est pas pour le staphylocoque ; une injection de tuberculine faite à un animal tuberculeux augmente le pouvoir défensif de son sérum vis-à-vis du bacille de Koch, et le laisse indifférent pour le staphylocoque, etc.

Nous concevrons donc, dès maintenant, l'action qui résultera de l'inoculation faite à un organisme d'un virus atténué, d'un vaccin. Nous pourrons dire que, *si la thérapeutique d'une maladie infectieuse doit être stimulante, elle peut être aussi spécifique.* Cependant, nous affirmerons également — les enseignements de la pratique le montreront — qu'*il n'est pas suffisant d'employer*, SEULE, *la thérapeutique spécifique par les vaccins, la vaccinothérapie.* « Ce traitement ne saurait autoriser les médecins à mettre de côté les médicaments qui ont fait leurs preuves dans les multiples indications cliniques. » (Allen).

Pour une maladie infectieuse déterminée, la *vaccinothérapie,* c'est-à-dire l'inoculation d'un germe atténué, débarrassé de ses exotoxines, *doit,* par son action, *déterminer une* RAPIDE *mise en défense de l'organisme,* qui permette à celui-ci de réunir au plus tôt toutes ses *énergies spécifiques contre le microbe envahisseur,* avec le minimum d'efforts et de dommages. Afin d'être efficace, il est nécessaire qu'elle remplisse certaines *conditions.*

Elle doit être faite avec un produit qui *n'offre pas de dangers.* Nous reviendrons plus tard sur ce point particulier.

Elle doit être *précoce,* aussi rapprochée que possible de la période d'incubation, afin d'avoir réalisé la réaction organique au moment opportun, c'est-à-dire *avant que l'envahisseur n'ait pris trop d'extension ou de force,* et aussi *avant que le sujet n'ait épuisé ses énergies.*

La vaccinothérapie ne peut d'ailleurs être mise en œuvre chez *tous* les sujets. (Il en est de même pour la vaccination proprement dite.) Elle constitue en effet un procédé d'immunisation active, c'est-à-dire un procédé qui *nécessite un effort de l'organisme.* Pour employer avec logique le vaccin, il faut donc avoir la certitude que l'organisme inoculé *puisse faire les frais de cet effort.*

De même, il est nécessaire que l'infection à combattre ne soit *pas une infection suraiguë.* Supposons une femme atteinte d'infection puerpérale, et qui charrie dans son sang des milliards sans nombre de streptocoques. Une foule de ces streptocoques meurent spontanément en mettant en liberté une quantité considérable d'endotoxines. Comme le dit Mauté, il serait absolument illogique d'ajouter encore avec le vaccin une certaine quantité de ces endotoxines ; ce serait aussi illogique que de faire absorber du sublimé à un homme atteint d'intoxication par le sublimé. La vaccinothérapie s'adressera par conséquent aux cas aigus, subaigus et chroniques ; elle sera sans effet, quand l'infection aura revêtu un caractère si intense, que tout élément de défense sera annihilé.

Les vaccins.

La vaccinothérapie consiste donc à injecter au malade une culture tuée, ou un autolysat du microbe qui cause sa maladie. Mais, pour augmenter les chances de succès, il *faut que le dia-*

(1) EHRLICH considère la molécule de protoplasma comme constituée par un groupement chimique, qui représenterait un *noyau central,* auquel seraient annexés des groupements plus simples, appelés *chaînes latérales.* La *toxine* est formée de deux éléments : l'un toxique, l'autre non-toxique, capable de se fixer électivement sur les chaînes latérales. En supposant donc qu'on inocule à un animal des toxines, cette fixation des toxines sur les chaînes latérales se produira, et il y aurait *intoxication* du protoplasme, si, la réaction ne dépassant l'action, des *chaînes latérales,* produites en quantité plus grande pour éviter ce premier accaparement, ne venaient à circuler dans le sang, libres de tout protoplasma, pour *fixer les groupes toxiques et les rendre inoffensifs pour l'organisme.* Voici comment : la chaîne latérale est composée de deux parties ; l'une destinée à devenir *spécifique* (*sensibilisatrice, fixateur, ambocepteur*) pour se fixer sur le groupe toxique ; l'autre *non spécifique,* mais possédant une action destructive (*complément, alexine, cytase*) et ne pouvant agir que grâce au concours de la première, qui la fixe sur un groupe toxique ou sur une cellule étrangère à l'organisme.

gnostic bactériologique soit exact, et que le micro-organisme isolé soit bien l'agent de la maladie. C'est-à-dire que le concours des procédés de laboratoire est indispensable (identification des caractères bio-chimiques du microbe, étude des réactions qu'il détermine dans le sang du malade, et même, inoculation aux animaux). *Il est particulièrement utile, en effet, de recueillir sur le malade lui-même le microbe destiné à fabriquer le vaccin.* « Car la spécificité pathologique des microbes est, loin de correspondre à leur spécificité bactériologique. » Il n'existe pas un streptocoque, un staphylocoque, un coli-bacille, mais de nombreuses variétés de streptocoques, de staphylocoques, de coli-bacilles ; et si on prépare un vaccin staphylococcique de provenance étrangère, il y a de grandes chances pour qu'on ne produise pas dans l'organisme des anticorps justement spécifiques pour le micro-organisme dont le sujet est porteur. D'autre part, quand, dans certains cas chroniques, le traitement doit être assez long, il y a intérêt à refaire un nouveau vaccin pendant le cours du traitement, non parce que le premier n'a pas conservé ses propriétés primitives, mais parce que l'organisme pathogène semble pouvoir changer son type pour s'accommoder aux substances immunisantes produites (Mauté).

Bref, le meilleur vaccin, c'est le *vaccin autogène, l'auto-vaccin* ; le microbe est isolé soit par l'hémo-culture, soit par la culture du pus.

Cependant, la préparation d'un auto-vaccin (antistaphylococcique par exemple) est longue et souvent difficile ; car il n'est pas toujours commode, ni même possible d'isoler le microbe pathogène. De plus, ces manipulations (isolement, identification du microbe, cultures, stérilisations, etc.) ne sont pas à la portée de tous les praticiens, puisqu'elles nécessitent un outillage spécial. C'est pour éviter ces inconvénients que l'on a recours le plus souvent à un vaccin, préparé à l'avance, dit *stock-vaccin*, qui est naturellement *hétérogène*, par rapport au précédent.

Ce stock-vaccin est ordinairement *polyvalent*, c'est-à-dire qu'il est préparé à l'aide d'un mélange de cultures de microbes d'origines diverses.

En ce qui concerne la préparation d'un vaccin antistaphylococcique, par exemple, « on commence par réunir une série de cultures extraites de toutes les lésions staphylococciques (abcès chaud, anthrax, furoncles, folliculites et sycosis). » (Sabouraud). La polyvalence augmente d'ailleurs dans de fortes proportions l'efficacité et la valeur immunisante du vaccin. Elle est, par conséquent, une notion très importante à connaître et à appliquer. Son utilité est d'ailleurs depuis longtemps connue pour la fabrication des sérums thérapeutiques (antityphique, antistreptococcique, antidysentérique, antiméningococcique) (1).

Les vaccins peuvent être constitués, soit par des *cultures de microbes tués* par la chaleur, soit par des *extraits bacillaires ou autolysats*, soit par des *cultures stérilisées au moyen d'une substance antiseptique volatile*, soit enfin par du *vaccin vivant sensibilisé*.

Les détails de leur préparation, la variété de vaccin employé, les doses et la technique dépendent de la maladie à traiter, ainsi que de la nature du micro-organisme pathogène ; nous y reviendrons plus loin. Cependant, nous donnerons dès maintenant quelques indications sommaires sur les *vaccins par autolyse* et sur les *vaccins sensibilisés*.

Il n'est pas impossible que la méthode des *vaccins par autolyse* soit généralisée. Pour obtenir un vaccin possédant les propriétés du vaccin vivant sans en offrir les dangers, VINCENT recourt à l'autolyse bactérienne. Il s'agit en réalité d'une macération ou d'un extrait de bacilles. Voici le procédé de préparation pour les bacilles d'Eberth. Des cultures sur gélose, âgées de 24 à 48 heures, sont mises à macérer, vivantes, dans du sérum artificiel, à la température de 38°. La durée de l'autolyse est de 24 à 48 heures. suivant la puissance que l'on veut obtenir, Au bout de ce temps, les autolysats sont centrifugés, puis stérilisés par addition d'éther. Au moment d'employer le vaccin, on se débarrasse de l'éther par chauffage au bain-marie à 38°.

Les *vaccins sensibilisés* ont été imaginés par BESREDKA. Ce sont des cultures chauffées et tuées, qui ont été imprégnées de leur sensibilisatrice ou anticorps. La méthode n'emprunte aux sérums spécifiques que leurs substances spécifiques, tout en éliminant les matières albuminoïdes et autres, qui s'y trouvent en abondance. Tout microbe, mis en contact avec le sérum préparé contre lui, y fixe l'anticorps ou sensibilisatrice correspondante, et cela, à l'exclusion de toute autre substance contenue dans le sérum. Cette fixation faite devient absolument stable. On a beau retirer les microbes du sérum où ils baignent, les laver à l'eau physiologique, ils n'en demeurent pas moins imprégnés d'anticorps. Or, ce sont ces microbes, qui ont attiré vers eux l'anticorps (2) du sérum, qui se sont pour ainsi dire teints de ce que l'on appelle fixateur ou sensibilisatrice spécifique, qui constituent les vaccins sensibilisés. Ces vaccins sont *atoxiques*, car l'endotoxine des corps microbiens est neu-

(1) *Sur la polyvalence des sérums antityphiques*, par MM. A. LUMIÈRE et J. CHEVROTIER (*Académie des sciences*, 18 novembre 1912).

(2) L'*antigène* spécifique (vaccin), introduit dans l'organisme, y détermine la formation d'un *anticorps* spécifique de même nature (sensibilisatrice, etc.)

tralisée par la substance spécifique du sérum ; c'est cette atoxicité qui fait que l'on n'observe pas avec ces vaccins de phénomènes généraux ; d'autre part, le fait de s'être incorporé la sensibilisatrice favorise notablement la phagocytose des microbes en question ; c'est pourquoi on n'observe jamais, au niveau de l'injection des vaccins sensibilisés, aucun trouble local.

II

Les différentes espèces de vaccinothérapie.

La fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse, caractérisée par la pénétration et la multiplication dans le sang, dans la lymphe et dans le tissu lymphoïde, du bacille d'Eberth, découvert en 1880. Or, dès 1887 et 1889, les mémoires publiés par Chantemesse et Widal montraient qu'il était possible d'immuniser les souris et les autres petits animaux de laboratoire contre l'action des bacilles typhiques en leur injectant au préalable des doses ménagées de ce même bacille tué par la chaleur. En 1896, pour la première fois, Pfeiffer et Kolle, Wright, inoculaient presque simultanément un vaccin antityphique à l'*homme* dans le but de le *préserver* de la fièvre typhoïde ; en 1899, Chantemesse vaccinait lui-même par cette méthode les élèves de son service d'hôpital au moyen d'un vaccin chauffé à 56°. Après des essais limités et prudents, le vaccin chauffé s'étendait peu à peu dans le monde à mesure que ses bienfaits faisaient leurs preuves. Sans citer tous les auteurs qui étudièrent la question, on peut dire que, en Afrique, en Asie, aux Indes, aux Etats-Unis, au Japon, plusieurs centaines de mille hommes subissaient les injections vaccinales et se montraient protégés contre la maladie.

En 1903, Wassermann faisait un vaccin avec les produits d'extraction des *bacilles morts*, et plus récemment en France, H. Vincent préparait ses autolysats de *bacilles vivants*, qui offraient la caractéristique d'être *polyvalents*. Au début de l'année 1911, l'Académie de médecine recommandait la vaccination antityphique à titre facultatif. Enfin au mois d'août 1911, le ministre de la guerre chargeait MM. Chantemesse et Vincent d'installer cette vaccination parmi les troupes du corps expéditionnaire du Maroc, qui étaient en proie à la fièvre typhoïde, en même temps que fatiguées et déprimées par le climat ; en dépit de ces conditions défavorables, le vaccin de Chantemesse, comme ceux de Vincent et de Wright, donnèrent les meilleurs résultats ; aucun des vaccinés ne fut atteint, malgré l'épidémie persistante.

La supériorité de la méthode fut confirmée par les statistiques de l'armée française (Métropole, Algérie, Tunisie, Maroc — 1912), par celles des épidémies d'Avignon, de Paimpol, de Puy-l'Evêque, de Montauban. Le vaccin fut utilisé avec succès dans l'armée italienne (Tripolitaine), dans les armées espagnole, grecque (épidémie de Larissa), dans la guerre des Balkans, etc.

Aujourd'hui, on peut dire que les discussions sont closes sur son utilité et son efficacité. La vaccination est obligatoire depuis le mois de septembre 1911, dans l'armée des Etats-Unis ; elle est facultative dans l'armée et dans la marine françaises ; un projet de loi vient d'être adopté par le Sénat pour la rendre obligatoire également pour les armées de terre et de mer.

***

L'étude de la vaccination *préventive* contre la fièvre typhoïde devait amener la découverte de la vaccination *curative*, de la *vaccinothérapie*, de cette affection.

Des observations montrèrent, en effet, que certains sujets *vaccinés, alors qu'ils se trouvaient en période d'incubation* d'une fièvre typhoïde, avaient réalisé *des formes* en quelque sorte *abortives, bénignes et raccourcies*. Des observations plus probantes encore mirent en lumière l'*action d'arrêt de la vaccination* (si celle-ci intervenait dès le début de la période d'incubation), quand on pouvait préciser le moment où avait eu lieu l'ingestion de bacilles : gens de laboratoire ayant par mégarde avalé quelques gouttes de culture en aspirant avec une pipette. Bref, toute une série de faits prouvèrent que — sans qu'il y ait une règle fixe à cet égard — l'*action immunisante pouvait s'exercer encore tout à fait au début de la pénétration des germes dans l'organisme, et qu'elle s'exerçait d'autant mieux que cette pénétration était plus récente.*

« En fait, Eugen Fraenkel, de Hambourg, précurseur de la méthode, employait en 1892, pour la première fois, les cultures chauffées dans le traitement de la fièvre typhoïde, et de 1892 à 1902, il traitait ainsi 57 malades. En 1906, Birt inoculait également à des typhoïdiques des cultures tuées, contenant dix millions de bacilles par cent. cube. Leishmann, Kenedy, Callison, etc., essayaient aussi la vaccinothérapie ; cependant toutes ces recherches ne portèrent que sur un petit nombre de cas ; soit au total, 127 cas, en juin 1911.

En France, J. Courmont et Rochaix rapportaient, en mai 1912, les résultats de leurs *essais de traitement* de la fièvre typhoïde par des lavements de bacilles d'Eberth tués par la chaleur : ce traitement, toujours inoffensif, avait paru abréger la durée de la maladie et diminuer la mortalité.

Bref, l'impression générale, qui se dégageait

de toutes ces tentatives, était que l'*évolution de la maladie serait abrégée, sa gravité diminuée, la mortalité abaissée* (4,6 p. 100 au lieu de 12,2 p. 100 chez les non-traités), *ainsi que le nombre des rechutes* (2,3 p. 100 contre 13 p. 100 chez les non-traités).

***

Les méthodes préconisées jusqu'à ce jour sont des plus diverses. Elles varient suivant les auteurs en ce qui concerne le vaccin, la quantité de vaccin à injecter, le nombre des injections à pratiquer, l'intervalle compris entre ces injections.

Mode d'action. — Il est assez difficile de préciser d'une manière scientifique le mode d'action de cette vaccinothérapie, dont l'emploi peut paraître paradoxal au premier abord. L'action d'un sérum curatif s'expliquerait mieux par la quantité d'anticorps tout formés qu'il apporte à l'organisme. On a cependant constaté, ainsi que nous l'avons dit précédemment, que l'injection de vaccin favorise la production d'anticorps (théorie des chaînes latérales d'Ehrlich), et augmente le pouvoir bactériolytique du sérum sanguin. Il est vraisemblable, ainsi qu'en témoignent les résultats des hémocultures, qu'*au début de la maladie, le bacille typhique est peu abondant* dans le sang, et que cette *faible quantité est insuffisante à provoquer la formation d'anticorps, nécessaire pour amener la guérison. L'adjonction de l'antigène contenu dans le vaccin*, c'est-à-dire d'une nouvelle dose infectante, *a donc peut-être pour effet de déclancher en quelque sorte cette fabrication d'anticorps chez un organisme* qu'elle stimule et qu'elle excite (1).

Indications et contre-indications. — 1° De l'avis unanime, la méthode aura d'autant plus de chances d'efficacité qu'*elle sera appliquée plus près du début de l'affection.*

Cette particularité s'explique surtout par les raisons suivantes. Au cours de l'évolution clinique d'une fièvre typhoïde, on voit en effet, comme le dit Chantemesse, se dérouler *deux* processus inverses ; *le premier* est un phénomène d'*immunisation, qui se constitue lentement* ; *le second* est un phénomène d'*anaphylaxie*, d'hypersensibilité vis-à-vis de la toxine typhique, beaucoup *plus précoce* que le premier, car sa présence est déjà manifeste dès les premières heures de la maladie.

« A mesure que la fièvre typhoïde évolue, l'anaphylaxie oppose ses phénomènes d'exaltation de la sensibilité au poison typhique, aux phénomènes contraires, c'est-à-dire à ceux de la résistance accrue par le fait de l'immunisation ; et, dans la période d'état, elle domine cette immunisation. Là est la source de la sensibilité que les typhiques, en période d'état, témoignent à l'égard de la moindre indigestion capable d'accroître la quantité de toxines qui envahit leur organisme. Qu'un typhique souffre de troubles digestifs quatre ou cinq jours après le début de sa maladie, cela n'a aucune importance ; qu'il ait la même indigestion au 18e ou au 20e jour de son évolution, il risque d'être sidéré » (1).

S'il est donc utile de faire appel à l'action d'une toxine vaccinante pour traiter la fièvre typhoïde, il est prudent de l'employer tout au début de l'affection, avant que les phénomènes d'anaphylaxie n'aient pu rendre l'organisme hypersensible à son égard.

En conséquence, les injections de vaccin n'ont de chance d'efficacité, et en même temps d'innocuité — que si elles sont pratiquées dans les premiers jours de la maladie.

2° Il y a grand intérêt à s'*assurer de l'exactitude du diagnostic porté.*

Un vaccin, constitué par des bacilles typhiques, est efficace dans le traitement d'une fièvre typhoïde à bacilles d'Eberth ; il est sans action vis-à-vis des fièvres paratyphoïdes (2).

3° Avant de pratiquer les injections de vaccin antityphique, il est bon de *délimiter exactement par la percussion le volume de la rate* ; lorsque la maladie est déjà parvenue à un stade trop avancé, et surtout lorsque la mégalosplénie est trop accusée, on s'abstiendra d'injecter le vaccin pour éviter la possibilité d'une rupture de la rate. On sait d'ailleurs que la rate commence à s'hypertrophier notablement chez les typhoïdiques à partir du 7e jour.

4° *Une hémorragie intestinale, même légère, semble contre-indiquer* la vaccinothérapie. Mais, d'ailleurs, les hémorragies intestinales se produisent à une période déjà avancée de la maladie, c'est-à-dire au moment où la méthode risque d'être inefficace.

5° *Une albuminurie légère* ne contre-indique pas l'emploi de la méthode, si on n'utilise pas des doses de vaccin trop fortes, ni des vaccins trop toxiques.

6° *L'emploi de la vaccinothérapie n'exclut pas celui des autres moyens thérapeutiques* (bains, antithermiques, etc.).

Vaccins. — Les vaccins utilisés actuellement sont les suivants :

1° *Cultures de bacilles tués par la chaleur.*

2° *Extraits bacillaires ou autolysats.*

3° *Cultures stérilisées par une substance antiseptique volatile.*

4° *Vaccins vivants.*

(1) Combe et Louis. — *Le Monde médical*, 5 novembre 1913.

(1) Chantemesse. — *Le Monde médical*, 15 juin 1913.

(2) Il existe des vaccins préparés au moyen de cultures de bacilles paratyphiques A et B.

Disons aussitôt que des expériences se poursuivent en ce moment qui permettront d'utiliser *par la voie intestinale des vaccins desséchés et pulvérulents, des entéro-vaccins.* Dès à présent, il est possible d'affirmer, d'après A. LUMIÈRE et J. CHEVROTIER (1), que ces préparations sont absolument inoffensives ; leur ingestion à hautes doses ne détermine aucune réaction ; elles ont été administrées d'abord aux animaux, puis à l'homme sans jamais provoquer ni hyperthermie, ni diarrhée, ni aucun symptôme quelconque. Des cultures de 24 h. en bouillon de bacilles d'Eberth, aussi virulentes que possible, *polyvalentes* sont ensemencées sur agar dans des fioles de Roux. Après 48 h., les colonies sont recueillies et lavées au sérum physiologique, puis centrifugées pour éliminer la plus grande partie des exotoxines. La masse microbienne est ensuite émulsionnée par agitation mécanique dans un volume d'eau distillée tel que chaque centimètre cube renferme 10 milliards de bacilles environ. Après chauffage pendant une heure à 50°, on s'assure que la masse est stérile. La dessiccation instantanée par pulvérisation permet d'obtenir très rapidement à 50° une poudre vaccinale parfaitement sèche et stable, renfermant environ 500 millions de bacilles par centimètre cube. Il ne reste plus qu'à diluer au dosage voulu par addition d'une substance inerte soluble, et à diviser la masse en sphérules, qui sont enfin kératinisées.

Les règles qui président au choix du microbe destiné à constituer l'antigène sont, d'une façon générale, les mêmes que celles observées pour la fabrication d'un vaccin préventif. On peut employer soit le bacille extrait du sang du malade lui-même (auto-vaccin), soit un bacille de laboratoire (hétéro-vaccin monovalent), soit un mélange de plusieurs espèces de bacilles typhiques (hétéro-vaccin polyvalent ou stock-vaccin). La *polyvalence* augmente dans de fortes proportions l'efficacité de la valeur immunisante de l'antigène vaccinant. Son utilité est d'ailleurs depuis longtemps connue pour la fabrication des sérums thérapeutiques (antistreptococcique, antidysentérique, antiméningococcique).

I. — LA VACCINOTHÉRAPIE CHEZ L'ADULTE.

1° *Cultures de bacilles tués par la chaleur* : vaccins de WRIGHT, de PFEIFFER et KOLLE, de LEISHMANN, de CHANTEMESSE, vaccin américain de RUSSELL, de SACQUÉPÉE et CHEVREL, etc.

Les modifications portent, suivant les auteurs, sur l'âge des cultures, la teneur en corps microbiens, la température de stérilisation, la durée du chauffage.

(1) A. LUMIÈRE et J. CHEVROTIER. — *Académie es Sciences,* 19 janvier 1914.

A. Voie sous-cutanée.

CHANTEMESSE établit que *l'action des bains et celle du vaccin ne s'excluent pas ; au contraire,* les premiers aident à détruire la toxine par oxydation, le second à détruire le microbe par phagocytose.

Les notions sur l'anaphylaxie des typhiques font comprendre que les malades soient plus sensibles à la toxine, contenue dans le vaccin, que ne le sont les gens bien portants ; aussi l'auteur préconise-t-il les *doses faibles.* Dans le cas d'une vaccination ordinaire, préventive, un homme bien portant reçoit à la première injection 300 millions de bacilles tués par la chaleur ; à la seconde, il en reçoit 600, etc. Quand il s'agit de typhiques, au contraire, la première injection doit être beaucoup moins riche ; la dose doit osciller entre 60 et 30 millions de bacilles tués, et parfois moins, si le malade est gravement malade ou tardivement soigné. La même loi de prudence ordonne de faire les injections successives avec des doses de plus en plus faibles (1).

Les injections se font sous-cutanées au niveau des insertions du deltoïde, après badigeonnage de la peau à la teinture d'iode. La première injection sera de 40 à 50 millions de bacilles chauffés ; la seconde injection, pratiquée 5 jours plus tard, sera moitié moindre ; la 3e et la 4e, si c'est nécessaire, en feront pénétrer sous la peau environ 10 millions de germes. S'il s'agit d'une forme hypertoxique d'emblée, ou d'un malade gravement atteint et soigné tardivement, Chantemesse conseille de n'utiliser que des doses encore plus faibles.

SACQUÉPÉE et CHEVREL (2) ont traité 28 typhoïdiques (dont 26 avant le 10e jour) au moyen d'un *vaccin polyvalent* (culture de 24 h. sur agar, émulsionnée dans l'eau physiologique et *chauffée* à 56°). Ils ont fait une seule inoculation (exceptionnellement, deux chez 6 malades) ; un centimètre cube de leur vaccin renferme de 100 à 700 millions de bacilles.

Il est survenu 2 décès, soit 7,1 p. 100 contre 10,5 p. 100 chez les malades traités par les méthodes habituelles. D'après ces auteurs (2), dans les cas heureux, le traitement vaccinal provoque une chute marquée de la température ; cette dernière se relève après 2 ou 3 jours, mais généralement à un niveau moindre qu'auparavant. La durée totale de la période fébrile a été abrégée de 6 jours en moyenne. Exceptionnellement, l'injection a provoqué une apyrexie définitive et une guérison extrêmement rapide.

Deux malades ont succombé, l'un à une hémorragie survenue 36 h. après l'inoculation, l'autre à une série de complications (hémorragie, la-

(1) Le vaccin curatif de Chantemesse est dosé à 65 millions de bacilles par centimètre cube.

(2) *Société médicale des hôpitaux,* 25 avril 1913.

ryngotyphus). Il ne paraît pas invraisemblable que le traitement ait été pour quelque chose dans la production des hémorragies ; il n'est pas certain, disent Sacquépée et Chevrel, que le traitement soit toujours absolument inoffensif.

JOSUÉ et BELLOIR (1) ont soigné 12 cas de fièvre typhoïde par l'*auto-vaccination*. Dès qu'un malade suspect de fièvre typhoïde entre à l'hôpital, ils pratiquent l'hémoculture qui, dans la majorité des cas, est positive au bout de 48 h. Cette culture est *stérilisée par la chaleur à* 58° *pendant* 6 *heures*, et, après avoir numéré la quantité de bacilles contenus dans 1 cc. les auteurs pratiquent la vaccination en injectant 3 fois 200 millions à 12 heures d'intervalle. Si, au bout de cinq jours, la température dépasse 38°, ils refont une nouvelle injection de 200 millions, qui suffit dans la majorité des cas à déterminer une amélioration rapide.

Les cas très graves évoluent après l'inoculation, comme des fièvres typhoïdes de moyenne intensité, et se terminent favorablement en un laps de temps qui varie de 3 semaines à un mois d'évolution totale.

Dans les formes moyennes, on obtient quelquefois une sédation rapide, la diminution de fréquence du pouls précédant en général la chute thermique. Parfois, l'évolution se prolonge un peu, avec oscillation entre 37° et 38° et une nouvelle injection amène la guérison.

Dans les formes bénignes, la sédation est souvent immédiate.

HARRISSON, LEISHMANN, RUSSELL, ont vu que la température de 60° atténuait déjà sensiblement la validité du vaccin, et ils préfèrent *stériliser les cultures à* 53° *ou à* 56°. Antérieurement, on employait même 120°, 100° pour préparer les vaccins, mais la commission antityphoïdique anglaise a établi, en 1913, d'une manière définitive, que la température de 65° détruisait toute l'activité des cultures employées comme vaccins.

PETROVITSCH, à Uskub, a soigné de novembre 1912 à janvier 1913, 680 typhoïdiques, et chez 460 d'entre eux, il a employé le *vaccin anglais tué par la chaleur*, concurremment avec les bains froids, alors que les 220 autres n'étaient soumis qu'à la balnéation. Le vaccin renfermait 20 millions de bacilles par cc. ; le nombre des injections a varié suivant les cas ; 160 malades ont reçu une, 120 deux, 180 trois inoculations.

La mortalité fut de 2,9 p. 100 pour les malades traités par la bactériothérapie et les bains, et de 12,8 pour ceux traités exclusivement par les bains.

B. *Voie rectale.*

J. COURMONT et ROCHAIX (2) ont essayé de traiter la fièvre typhoïde par des *lavements* de cultures de bacilles d'Eberth tués par la chaleur. Sans tirer de conclusions fermes, ils insistent sur ce point que le traitement s'est toujours montré absolument inoffensif, et qu'il a abrégé la durée de la maladie et diminué la mortalité.

2° *Extraits bacillaires : autolysat polyvalent de H. Vincent.*

Les cultures sur gélose sont émulsionnées dans l'eau physiologique, dans laquelle on les fait macérer pendant 36 à 60 h. à 37°. Une grande quantité de bacilles s'autolysent, laissant échapper dans le milieu les substances qu'ils contenaient. On se débarrasse des corps microbiens par centrifugation, et des bacilles vivants pouvant subsister dans le liquide décanté, en les tuant par l'éther : on obtient ainsi *un extrait de bacilles vivants stérilisé par l'éther.*

H. VINCENT fait à ses malades une première injection d'1 cc., de 1 cc. 5, ou 2 cc. *sous la peau*, dans la région sous-claviculaire. Elle doit être pratiquée aussi près que possible du début de la maladie. Il fait prendre au malade, le jour de l'injection, un cachet de 0,50 d'aspirine. Si, au bout de 3 jours, le malade ne présente pas de tendance à la défervescence, et si la rate est à ce moment revenue à son volume antérieur, il pratique une nouvelle inoculation d'une dose égale à la première. Dans le cas contraire — amélioration des symptômes, abaissement de la courbe thermique, — il s'abstient de toute nouvelle inoculation.

L'auteur recommande de préférence l'emploi de l'autolysat, qui lui a donné quelques bons résultats chez 34 malades, *tout en employant les autres moyen sthérapeutiques*. Celui-ci est préférable aux vaccins, chauffés ou non.

Les effets sur la courbe thermique, sur l'état général, sur les viscères, sur les sécrétions, sont les suivants :

Chez la plupart des malades inoculés dans la première semaine de leur affection, la température matutinale s'abaisse un jour, et plus souvent, deux ou trois jours après, de 0°5, 0°8, 1°, parfois, mais plus rarement, davantage.

Dans près de la moitié des cas, cette défervescence (qui ne se confond pas avec la rémission thermique du 7e jour de la dothiénenterie) ne dure pas, et la courbe de température revient à son niveau antérieur. Une nouvelle injection, faite 3 ou 4 jours après la précédente, amène parfois, mais plus rarement, une décroissance de la fièvre. Celle-ci peut, sans doute, revenir à son niveau précédent, mais fréquemment, elle se maintient à un étiage plus bas ; une 3e injection peut, mais non toujours, accentuer ce résultat (1).

(1) *Société médicale des Hôpitaux*, 10 juillet 1913.
(2) *Société médicale des hôpitaux de Paris*, mai 1912

(1) H. VINCENT. — *Gazette des Hôpitaux*, 21 octobre 1913.

Dans un deuxième groupe de cas, la fièvre, plus ou moins élevée, est arrêtée dans son élan. On la voit (toujours après 2 ou 3 jours, jamais immédiatement) fléchir, tantôt avec des oscillations rythmées ou irrégulières, tantôt suivre une ligne très tendue, et, en un lysis plus ou moins rapide, parvenir à la normale en 6 ou 8 jours.

Enfin, dans les cas les plus favorables, ce qui s'est produit 4 fois sur 34 malades, et exclusivement chez des typhoïsants au début de leur affection, dans les 3 ou 6 premiers jours de la maladie, la température fébrile descend brusquement et définitivement, 2 ou 3 jours après une seule injection d'autolysat polyvalent, et, avec ou sans saccade, elle atteint l'étiage normal en 24 ou 48 h. La fièvre typhoïde a avorté. Le malade est guéri.

L'état général des malades et les symptômes infectieux et nerveux suivent une évolution à peu près semblable.

Même si la défervescence ne se produit pas sous l'influence des injections, et si la marche de la maladie n'en est pas influencée, on constate cependant, chez un assez grand nombre de malades, même graves, une amélioration des symptômes nerveux. L'œil est plus vif, la prostration diminue et disparaît, la céphalée cesse, la langue est moins sèche.

Il n'est pas rare non plus de constater une *abondante diurèse* dans les 24 heures qui suivent l'injection. Chez un malade atteint de néphrite éberthienne avec œdème pulmonaire, dyspnée, œdème des malléoles et état général très grave, une injection faite au 12e jour de la maladie provoqua pendant 48 heures une sécrétion abondante d'urine, et amena la disparition des œdèmes et des symptômes asphyxiques. La quantité d'albumine descendit presqu'aussitôt à un taux très bas.

Il semble que le moment le plus favorable pour les inoculations soit compris entre le 3e et le 5e jour. Certes, les cas où le diagnostic précoce est aussi vite posé sont exceptionnels. On peut en déduire néanmoins qu'on devrait systématiquement, dans la pratique, ensemencer aussitôt que possible le sang de tout malade douteux.

L'hypertrophie passagère de la rate, s'observant dans 94 % des cas, douze à vingt heures après la première injection de vaccin (splénodiagnostic), pourrait venir en aide au clinicien, et même lui donner le diagnostic de la maladie avant le résultat de l'hémoculture.

H. Dufour, cependant (1), se montre assez réservé sur les effets de la vaccinothérapie typhique. Sur 18 typhoïdiques entrés dans son service depuis le 1er janvier 1913, 6 ont été vaccinés avec l'autolysat de Vincent. Les douze autres ont été traités par la balnéothérapie seulement. En comparant les courbes et les observations de ces deux séries parallèles de cas, on ne constate guère de différence importante, soit dans la température, soit dans la symptomatologie, qui plaide vraiment en faveur du vaccin. Aussi l'auteur estime-t-il qu'il faut attendre encore avant de se prononcer, et soumettre à cet effet de nouveaux malades à la vaccinothérapie.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, novembre 1913.

3° *Cultures stérilisées par une substance antiseptique volatile : vaccin bacillaire polyvalent de H. Vincent stérilisé par l'éther.*

Ce vaccin est constitué par des cultures sur gélose, âgées de 24 à 48 h., provenant de dix races d'origines diverses, que l'on stérilise par l'addition momentanée d'éther, antiseptique volatil, qu'il est aisé de chasser lorsque son action stérilisante (6 heures) est terminée. Il ne subit à aucun moment l'action de la chaleur, celle-ci atténuant toujours les propriétés immunigènes d'un vaccin ; il ne contient pas de substance antiseptique fixe, la présence de cette substance étant une nouvelle cause d'atténuation. Le vaccin est émulsionné dans l'eau physiologique à 8 p. 1000. Il contient environ 400 millions de bacilles par centimètre cube. Il se présente sous la forme d'un liquide légèrement trouble, opalescent ; il doit être conservé dans l'obscurité et à l'abri de la chaleur, et dans ces conditions, il garde ses propriétés immunigènes pendant 3 mois.

Ce vaccin est livré en ampoules scellées de 2, 5, 10 et 20 cc. ; chaque ampoule porte une étiquette avec la date de fabrication.

Avant d'ouvrir l'ampoule, l'agiter très fortement, donner un trait de lime sur le goulot. Badigeonner ensuite le goulot avec la teinture d'iode, laisser sécher et sectionner. Eviter le flambage du goulot, qui pourrait altérer le contenu. Aspirer à l'aide d'une seringue rigoureusement stérile (5 minutes d'ébullition) et refroidie avant usage. Injecter très lentement, sous *la peau* de la région deltoïdienne gauche, assez haut et un peu en arrière, à deux travers de doigt au-dessous de l'acromion, après désinfection préalable des téguments à la teinture d'iode.

H. Vincent inocule, le premier jour, 1/2 cc. matin et soir ; le deuxième jour, 1/2 cc. le matin (*vaccination initiale*). A la période d'apyrexie, il fait une nouvelle injection d'un demi cc. (*vaccination terminale*) dans le but d'éviter les rechutes (1).

(1) *Ce vaccin n'est pas toxique* ; il a été injecté, par inadvertance, une dose 40 fois plus forte que la dose utilisée normalement. L'erreur a porté sur 3 sujets, mais n'a déterminé aucun accident, sauf une réaction locale plus accentuée, et, chez l'un d'eux, une élévation de température ne dépassant pas 38°6.

THIROLOIX (1), avec ce même vaccin de Vincent, a traité 50 malades, systématiquement, dès que le diagnostic était établi. L'auteur commence à faire 3 injections de vaccin dans les 24 heures, et il continue ensuite à plus long intervalle. Dans l'ensemble, ce traitement n'a pas abaissé notablement la mortalité. Dans 32 p. 100 des cas, le vaccin a été sans action sur la durée de la maladie ; dans 62 p. 100 des cas, il a, par contre, exercé une influence favorable ; la maladie a été écourtée, les bains ont dû être donnés moins longtemps et les complications ont été évitées. Il faut, dit l'auteur, s'abstenir de la vaccinothérapie dans les cas très graves, avec myocardite, hyperthermie (2).

CULTURES IRRADIÉES.

P. CLAISSE (*Soc. méd. Hôp.*, 21 nov. 1913) a utilisé plusieurs fois depuis 2 ans les cultures irradiées de Maurice Renaud, c'est-à-dire des cultures stérilisées par les *rayons ultra-violets.* Les résultats sont, d'une manière générale, satisfaisants ; aucun incident sérieux n'a été constaté, même dans les cas les plus graves. La première injection donne lieu en général à une augmentation temporaire de la fièvre et de la céphalée, réaction moins nette aux injections suivantes. Le résultat est parfois peu appréciable, mais d'ordinaire, on constate le lendemain une détente très nette des phénomènes nerveux, coïncidant souvent avec une diminution de température et une diurèse. Parfois, la guérison survient en 8 jours ; parfois, on voit la maladie reprendre son cours, après avoir paru influencée par les premières injections.

4° *Vaccin vivant sensibilisé de Besredka monovalent.*

Ce vaccin est obtenu en mettant pendant quelques heures, au contact de sérum antityphique, une émulsion de bacilles d'Eberth recueillis sur une culture en gélose ; on décante, on lave à 3 reprises à l'eau physiologique et on obtient ainsi des bacilles imprégnés des anticorps ou sensibilisatrices du sérum (1 cc. = 500 millions de bacilles).

ARDIN-DELTEIL, L. NÈGRE, et M. RAYNAUD (3) nous ont rapporté 37 cas de fièvre typhoïde traités par ce vaccin. Les malades reçurent en général quatre injections, à raison d'une tous les trois jours ; la première était de 1 cc., la deuxième, de 2 cc., et les deux dernières de 3 cc. Quand ce traitement était institué, l'*affection datait au plus de dix jours*, et le *diagnostic en avait été confirmé* soit par le séro-diagnostic, soit par l'hémoculture ; il *n'excluait pas la thérapeutique habituellement mise en œuvre* dans la dothiénentérie.

Comparativement à une statistique de 179 malades, non soumis au vaccin, le vaccin sensibilisé vivant n'a donné que des guérisons et une proportion de rechutes de 5,4 p. 100 inférieure à la moyenne de 9,75 p. 100 donnée par les cas non traités.

La durée de la maladie était abrégée. Au bout de 48 h. survenait une amélioration marquée de l'état général : disparition de la prostration, du délire, de l'adynamie et de l'ataxo-adynamie ; une diurèse franche apparaît ; parfois même une véritable polyurie se maintient jusqu'à la fin de l'évolution. Quelques jours après, on assiste à une descente précoce et progressive de la courbe thermique.

BOINET, utilisant le même vaccin sur 15 malades, emploie d'emblée une dose de 2 cc. renouvelée quotidiennement pendant 4 à 5 jours suivant la gravité du cas, soit la même quantité de vaccin que les auteurs précédents, mais dans un plus court espace de temps ; la maladie, estime-t-il, est ainsi mieux jugulée ; son évolution est abrégée, et d'autant mieux que la vaccinothérapie est plus précoce. Cette méthode favoriserait la cicatrisation des plaques de Peyer et permettrait ainsi, dans la mesure du possible, d'éviter les hémorragies intestinales et les perforations.

NETTER, chez 4 malades, a injecté une première fois 100 millions de bactéries, et 3 jours après 500 millions. Un cinquième malade a reçu comme première dose 1 milliard de bacilles. Il estime prudent de n'employer que de faibles doses dans les cas graves (100 millions par exemple).

L'amélioration a été rapide, et généralement au bout de 4 ou 5 jours, la température est tombée, les urines ont augmenté de volume, la langue est devenue humide, l'appétit est revenu. Parfois l'amélioration est plus lente, mais non moins manifeste. Les rechutes seraient un peu moins fréquentes.

Cependant BAYLAC vient de signaler 3 cas de vaccinothérapie, dans lesquels il injecta au total 6 cc. de virus sensibilisé ; chez un malade, l'évolution de la maladie ne sembla pas modifiée. Dans deux autres cas très graves et hypertoxiques, la mort survint avec des manifestations hémorragiques multiples : la vaccination n'avait-elle pas déterminé chez ces malades des phénomènes anaphylactiques, qui, à leur tour, auraient provoqué le processus hémorragique?

◆◆◆

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 21 novembre 1913.

(2) Antérieurement, Thiroloix avait employé un vaccin préparé extemporanément avec une culture typhique, âgée de 48 h. et chauffée 4 ou 5 h. à 58°, puis un vaccin obtenu par leur culture en milieu biliaire sur chaque malade et stérilisé après 48 h. de culture. Un cc. = 1 milliard de microbes.

(3) *La Province médicale*, 11 janvier 1913.

II. La vaccinothérapie chez l'enfant.

Jusqu'à présent, des résultats très encourageants ont été obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants par le vaccin bacillaire polyvalent et par l'autolysat de Vincent, comme par le vaccin chauffé de Chantemesse. Les vaccins vivants sensibilisés de Besredka semblent avoir échoué cependant (1).

P. Emile-Weil (2) a poursuivi, durant l'été dernier, le traitement de la fièvre typhoïde par le *vaccin bacillaire* de Vincent. Tous les enfants traités étaient d'abord soumis au séro-diagnostic ou à l'hémoculture pour la vérification du diagnostic. Aucune contre-indication à l'inoculaculation n'était acceptée.

P. Emile-Weil injectait aux malades *au-dessus de 5 ans* 1 /4 de cc., c'est-à-dire la dose même conseillée pour vacciner l'enfant sain. Le lendemain, il injectait 1 /2 cc. ; le troisième jour 1 cc. ; le 4e jour, 1 cc. 1 /2. Il attendait ensuite quelques jours pour administrer la dose terminale de deux cent. cubes. Dans les fièvres typhoïdes graves, ou en cas de réactions un peu vives, il recommençait quelquefois la dose antécédente avant d'augmenter la quantité des microbes. Dans les cas moins sévères, il arrêtait parfois le traitement à la dose d'1 cc. 1 /2.

Enfin, chez les malades *au-dessous de cinq ans*, il commençait par injecter 1 /8 de cc. puis 1 /4, 1 /2, 3 /4 de cc., sans dépasser à la fin un centimètre cube ou un centimètre cube 1 /2.

Cette méthode peut déterminer *quelques réactions locales ou générales.*

Les réactions locales consistent en douleur, tuméfaction, rougeur au siège de la piqûre ; elles ne sont ni intenses, ni durables.

Les réactions générales sont variables. Le plus souvent, le soir de l'injection, la température s'élève de 1° à 1°5, rarement à 2°. Mais, dès le lendemain, elle tombe au-dessous de celle qui précédait l'intervention. La première injection peut être suivie d'une fièvre forte et non les suivantes ; on peut aussi n'avoir de réactions qu'aux injections suivantes.

Avec le vaccin bacillaire, le gonflement de la rate est loin d'être constant, contrairement à ce qui se produit avec l'autolysat.

Jusqu'à présent, l'auteur ne connaît point de contre-indication à la méthode chez l'enfant ; il l'a employée sans inconvénients dans les fièvres typhoïdes graves (5 cas), dans les fièvres typhoïdes des jeunes enfants au-dessous de 4 ans (3 cas), malgré la splénomégalie, malgré une hémorragie intestinale de moyenne intensité (un cas). Il croit cependant que si l'on était appelé à soigner une rechute d'un enfant non-vacciné, on devrait non s'abstenir de la vaccinothérapie, mais ne l'employer qu'avec prudence.

(1) Voici à cet égard une statistique récente de Deléarde et Leborgne.

Nombre total de cas : 10. Vaccinés, 6 ; non-vaccinés, 4 ; Morts vaccinés, 2 ; Morts non vaccinés 1 ; Rechutes, vaccinés, 2 ; Rechutes, non vaccinés, 2.

En présence de résultats aussi malheureux, on ne peut oublier qu'il s'agissait là d'enfants de 10 à 15 ans, chez lesquels la fièvre typhoïde est généralement plus bénigne que chez l'adulte.

(2) *Société médicale des hôpitaux*, 17 octobre 1913.

Effets de la vaccinothérapie. — Les symptômes de la dothiénentérie sont modifiés par les injections de microbes autant que ceux de la diphtérie peuvent l'être par celles du sérum antitoxique. Le type fébrile de la dothiénentérie se trouve changé par les injections. La fièvre continue se transforme en une fièvre intermittente, chaque injection étant suivie en général d'une élévation, puis d'un abaissement de la température ; il est aussi fréquent d'observer une chute brusque de la température, à la place de la descente lente de la fièvre.

Au début, P. Emile-Weil supprimait les bains ; mais il préfère maintenant *ajouter la balnéation tiède à la vaccinothérapie.*

Un des avantages du traitement est la *rapidité de la convalescence.* En effet, ne redoutant pas les rechutes, il a pu alimenter vite et abondamment ses malades. Il donnait une première bouillie le lendemain du jour où la température tombait à 37°, et tous les jours la quantité d'aliments était augmentée : deux bouillies le 2e jour ; trois bouillies le 3e jour ; on ajoutait, le 4e jour, une purée de pommes de terre ; le cinquième, de la mie de pain et des confitures ; le sixième, un peu de viande crue pulpée. Avec ce régime, dès la fin de la 1re semaine, les enfants avaient augmenté de 500 à 1.000 gr.

L'auteur a soigné ainsi 14 fièvres typhoïdes : 9 de moyenne intensité, 5 graves, dont une pour laquelle le pronostic semblait mortel. Il n'y eut aucune mort ; tous les cas guérirent sans complications ni rechutes.

C'est aux doses *élevées et répétées* qu'il attribue les bons résultats obtenus ; mais, affirme Paul Emile-Weil, ces *doses sont nécessaires*, car, si des doses plus faibles peuvent souvent hâter l'évolution de la maladie, il n'en est pas toujours ainsi. D'ailleurs, Weill-Hallé vaccina, dans le même service, 4 fièvres typhoïdes à doses plus faibles et moins répétées ; 2 fois, il y eut une guérison rapide, mais 2 fois aussi il y eut rechute. Ces doses élevées sont *inoffensives* chez l'enfant, à condition qu'elles soient employées *au début de la maladie* ; elles seraient dangereuses à un stade avancé, ou dans une rechute.

Variot, Grenet et H. Dumont (16 observations) pensent également que la vaccinothérapie constitue un traitement efficace et sans danger dans la fièvre typhoïde, et qu'elle a déjà donné à l'heure actuelle des résultats assez

concluants pour mériter d'être connue de tous les médecins et de passer dans la pratique courante.

Ils ont employé soit le *vaccin bacillaire*, soit l'*autolysat de Vincent*. Toutes leurs injections ont été faites à la dose de 1 /2 à 1 cc., quels qu'aient été l'âge du sujet (ils n'ont pas traité d'enfants au-dessous de 5 ans) et la date du début de la maladie. Dans quelques cas, ils n'ont pratiqué qu'une seule injection ; dans d'autres, ils en ont fait deux ou trois, à 2 ou 3 jours d'intervalle. Ils se sont basés uniquement, pour régler les injections, sur l'évolution clinique et la marche de la température ; surtout ils ont appliqué la vaccinothérapie à une *période quelconque* de la maladie. Il existe cependant parfois des phénomènes paradoxaux ; c'est ainsi que Grenet a pu voir, au cours d'une *rechute*, 1 cc. de vaccin de Vincent produire une amélioration remarquable et durable, tandis que, chez une jeune fille de 14 ans, 3 injections d'autolysat au cours d'une fièvre typhoïde n'empêchèrent pas une rechute.

Des impressions favorables sur la méthode ont également été apportées à la Société de pédiatrie (9 déc. 1913), par Comby et Guinon (vaccins H. Vincent). Par contre, Hutinel déclare avoir renoncé à l'emploi du vaccin chez les typhiques. Car, chez 4 enfants de son service ainsi traités, il a obtenu de mauvais résultats : de ses observations se dégage l'impression que les enfants vaccinés se défendent mal contre les infections secondaires, et en particulier, contre les infections staphylococciques.

Guinon et Malarte ont continué sur 11 enfants les recherches de E. Weil, avec les mêmes doses, et le même mode d'emploi. Bien que ces malades aient revêtu les formes les plus diverses, bien qu'ils aient tous guéri, les auteurs n'ont pas observé dans l'évolution de modifications profondes, attribuables à la bactériothérapie, sauf la suppression de la diarrhée dans quelques cas. Chez les malades graves, le délire et l'agitation ont persisté. Les complications ont été nombreuses ; 2 hémorragies, une rechute, deux suppurations sous-cutanées ou intra-musculaires à bacilles d'Eberth. Dans 3 cas, sur 11, est survenue la douleur dans la région de la vésicule biliaire, signalée comme réaction au vaccin. A aucun moment, la bactériothérapie n'a permis de relâcher le traitement ordinaire. Ces résultats, concluent les auteurs, sans être brillants, sont cependant encourageants (1).

***

Il est intéressant de connaître également l'opinion des auteurs qui se sont adressés au *vaccin* de Chantemesse. Or, d'Œlsnitz (1) nous rapporte onze observations d'enfants atteints de fièvre typhoïde, affirmée par le séro-diagnostic, qui ont été traités par ce produit, tout en étant soumis à la balnéation et à l'administration quotidienne de 0,25 à 0.50 d'urotropine.

Sur onze malades, dont quatre graves, *ni morts, ni complications, ni rechutes.* Mêmes effets sur la température et sur l'état général, qu'avec les vaccins de Vincent ; la durée totale de la maladie paraît avoir été sensiblement écourtée.

III. Conclusions.

D'après le mémoire de Netter, sur 43 médecins qui, depuis Fraenkel (1893), ont eu recours aux cultures typhiques dans le traitement de la fièvre typhoïde, 39 ont une opinion favorable, 4 seulement pensent que l'effet des vaccins est douteux. L'analyse de 1318 cas donne un pourcentage de 5 % de décès et de 5,57 % de rechutes. Cette statistique globale semble donc éloquente.

C'est pourquoi la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître que généralement, la vaccinothérapie confère à la maladie une allure plus bénigne, raccourcit sa durée, hâte la convalescence, rend plus rares les complications et diminue la fréquence des rechutes, *surtout chez les enfants.*

Les cas de guérison très rapidement obtenu sont exceptionnels ; chez un certain nombre de malades, les résultats ont été indiscutablement très heureux. Mais à côté de ces faits favorables, il existe de nombreuses observations où l'emploi du vaccin à titre curatif n'a eu aucune influence sur l'évolution de l'infection.

En l'état actuel de la question, il est possible de conclure provisoirement que la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde est une méthode spécifique intéressante à employer à une époque où nous ne possédons pas encore de sérum thérapeutique réellement efficace. Elle est inoffensive et d'application facile. C'est, dans le traitement de la maladie, un *adjuvant* utile, qui, *associé aux autres moyens thérapeutiques usuels de l'affection*, peut, dans certains cas, avoir une heureuse influence. Mais, on ne devra jamais oublier que l'*efficacité de son application est loin d'être une règle.* » (Comby.)

Gonococcie.

On ne connaissait jusqu'à ces derniers temps aucun traitement rationnel de la blennorragie. Les quelques essais tentés par l'emploi de vaccins n'avaient donné que des résultats douteux, et tous offraient l'inconvénient de provoquer une réaction locale et générale très marquée.

(1) Guinon et Malarte, — *Société de Pédiatrie*, 13 janvier 1914.

(1) *Société médicals des hôpitaux*, 28 nov. 1913.

Cette réaction rendait leur emploi difficile, et l'inoculation des doses élevées, seules actives, était impossible.

En octobre 1913 (1), Ch. NICOLLE et BLAIZOT ont annoncé qu'ils étaient parvenus à préparer un vaccin absolument inoffensif, qui donnait les résultats les plus favorables et les plus rapides.

C'est un *vaccin sensibilisé* suivant la méthode de Besredka, qui est *atoxique*, en ce qu'il supprime totalement la toxicité des corps microbiens. Alors que certains vaccins provoquent une réaction à la dose de 5 millions de microbes, celui de Nicolle et Blaizot est inoffensif à la dose de plusieurs milliards. Cette absence de toxicité permet donc de l'employer à des doses infiniment plus élevées que les autres vaccins, et explique ses succès. De plus, ce vaccin est *stable*, c'est-à-dire qu'il conserve indéfiniment ses propriétés curatives.

Technique. — Une seringue de deux centimètres cubes est le seul instrument nécessaire. Deux ampoules, l'une de vaccin, l'autre de sérum physiologique, sont ouvertes d'un trait de lime. On aspire dans la seringue un demi-centimètre cube de vaccin, puis un centimètre cube et demi de l'eau physiologique, et l'on pratique l'*inoculation dans les muscles de la fesse ou dans les veines*. Jamais, dans ces conditions, il n'y a ni réaction locale, ni réaction générale. L'inoculation sous-cutanée provoquerait un peu de douleur sans réaction ; mieux vaut l'éviter. La *dose* de vaccin inoculé correspond à trois milliards de microbes. Dans les *cas aigus*, les auteurs pratiquent des inoculations tous les jours ou tous les deux jours ; dans les cas chroniques, tous les 2 à 4 jours.

Leur statistique personnelle porte sur 200 cas environ, dont 24 ophtalmies, 25 orchites, 3 de rhumatisme, 127 urétrites aiguës ou chroniques.

Les résultats les plus rapides s'obtiennent dans les complications aiguës de la blennorragie.

Rhumatisme blennorragique.

Tous les auteurs semblent unanimes à reconnaître que le *rhumatisme blennorrhagique constitue l'une des meilleures indications de la vaccinothérapie*.

Les 3 malades de NICOLLE et BLAIZOT ont guéri après quelques jours. De ces cas, le plus frappant est celui d'une femme alitée depuis 8 mois, qui est sortie au 8e jour du traitement.

CRUVEILHIER a relaté aussi d'excellents résultats obtenus par le vaccin sensibilisé.

DOPTER et PAURON (2) ont présenté un malade qui contracta, après une blennorragie assez sévère, un rhumatisme du genou droit et des chevilles. Aucun traitement n'avait encore été efficace : le genou droit était volumineux, le membre inférieur se trouvait en demi-flexion permanente ; la marche et même la station debout étaient impossibles. Une première injection sous-cutanée de vaccin amena une réaction générale de moyenne intensité, et aucune réaction locale ; dès le lendemain, les douleurs et le gonflement avaient presque disparu. Une deuxième injection amena la rétrocession complète des phénomènes articulaires, et la marche redevint possible. Cette guérison vraiment surprenante avait été obtenue en cinq jours.

Les mêmes auteurs citent d'autres cas, moins convaincants, anciens et chroniques, où tout l'arsenal thérapeutique utilisé pendant près d'un an avait complètement échoué. La guérison fut plus lente et réclama de nombreuses injections.

NETTER (1) puis FLORAND (1) ont obtenu des résultats très remarquables dans des cas d'arthrite ou de rhumatisme. Netter, notamment, a traité par le vaccin sensibilisé une arthrite blennorragique très intense du coude chez une fillette. La douleur et la tuméfaction ont été très améliorées dès la 1re injection, et guéries par la 2e en cinq jours au total.

Citons enfin deux observations de TROISFONTAINES (2), dont l'une mérite d'être détaillée : chez une femme, le poignet était gonflé au maximum, avec œdème violacé, douleur intense, mouvements passifs et actifs impossibles, fièvre élevée, insomnies ; l'immobilisation du membre et les moyens habituels ne produisaient guère de soulagement ; or, dès la première injection de vaccin de Nicolle, la température tomba, la douleur s'atténua, et la malade parvint à se reposer quelques heures. La guérison complète fut obtenue par trois injections.

SSEMJONOW, de St-Pétersbourg (3), emploie un vaccin gonococcique *polyvalent* et il déclare que c'est là le remède spécifique de l'arthrite chronique blennorragique. Son vaccin fait tout d'abord disparaître la douleur et l'hyperthermie, quand elles existent ; cependant la guérison exige 6 à 16 semaines, et 8 à 20 injections faites au début tous les 4 ou 6 jours à raison de 0,2 à 0,8 cc., puis tous les 6-7 jours avec 0,8 cc. à 2 cc. Son vaccin produit fréquemment de la diarrhée et de la réaction locale.

KLAUSE (de Frankfort) (4) emploie avec succès le vaccin antigonococcique dans l'arthrite blennorragique, surtout dans les cas récents. Aucune réaction.

(1) *Académie des sciences*, 6 octobre 1913; et *XVIIe Cong. Assoc. française d'Urologie*, 8-11 oct. 1913.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, 24 octobre 1913.

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 24 octobre 1913.
(2) *Société médico-chirurgicale de Liège*, 3 décembre 1913.
(3) *Russky Wratch*, n° 8, 1913.
(4) *Berl. klin. Wochens.*, n° 39, 1913.

Orchite blennorragique.

Quelques heures, un jour au plus, après la première inoculation, le malade atteint d'orchite cesse totalement de souffrir, sa fièvre tombe et la résolution commence ; il peut aussitôt reprendre son métier ; une guérison si rapide le met à l'abri de la stérilité (Nicolle). Ajoutons qu'aucun des blennorragiques traités par cet auteur n'a présenté ultérieurement ni orchite, ni compliations extra-urétrales (plus de 100 malades).

Ces succès du vaccin antigonococcique sont vérifiés par les observations de Cruveilhier, Dopter et Pauron, Troisfontaines, Klause, etc.

Ophtalmie.

L'ophtalmie guérit après quelques inoculations, parfois une seule. Le lendemain de la première, l'enfant ouvre les paupières et ses yeux se trouvent de suite à l'abri de toute complication grave (Nicolle).

Bar et Lequeux ont utilisé dernièrement le vaccin antigonococcique dans un cas d'ophtalmie grave, qui fut suivie de guérison très rapide en 24 heures.

Cystite.

L. Cruveilhier (1) a pu obtenir des résultats très favorables par le vaccin sensibilisé dans deux cas de cystite blennorrhagique.

Salpingite.

Bar et Lequeux, dans 3 cas de salpingite où le petit bassin était rempli par la masse inflammatoire, ont réalisé une guérison complète au bout de 3 semaines ou un mois, après 5 ou 6 injections de vaccin. Dans un autre cas, les lésions diminuèrent rapidement, et à l'examen on ne constatait plus qu'une petite tumeur kystique qui fut enlevée chirurgicalement ; il s'agissait d'une trompe, dans le liquide de laquelle on trouva le gonocoque. La méthode, disent les auteurs, est absolument *sans danger*. Par le même procédé, Cruveilhier put complètement enrayer une salpingite double au début (2).

Urétrites.

En pareils cas, l'efficacité du vaccin n'est pas universellement reconnue.

L. Cruveilhier a fait des observations sur des gonococcies aiguës urétro-vaginales chez la femme ; il a obtenu rapidement le retour à l'aspect normal de la muqueuse vaginale, la disparition presque totale de l'écoulement, réduit à un léger exsudat, ne contenant plus de gonocoques (1).

(1) *Société de biologie*, 6 décembre 1913.
(2) *Société de biologie*, 22 novembre 1913.

Nicolle estime que, dans l'urétrite aiguë ou chronique, l'action thérapeutique du vaccin est manifeste ; les douleurs, les phénomènes de tension, la cystite cessent rapidement. L'écoulement lui-même n'est atteint qu'ensuite. Dans plusieurs cas, il l'a vu disparaître définitivement dès la 3e inoculation ; cependant, ajoute-t-il, il est prudent de ne pas considérer le malade comme guéri et à l'abri d'une rechute, sitôt l'écoulement tari ; il est bon de poursuivre les inoculations ; 7 à 8 sont souvent nécessaires. De très anciens écoulements (1 an 1/2) auraient été ainsi guéris.

La plupart des autres auteurs qui ont étudié la vaccination antigonococcique, déclarent cependant que ce traitement n'influence en rien l'écoulement urétral, où les gonocoques se retrouvent à la fin de la cure comme au début.

D'ailleurs, Nicolle déclare lui-même que la *vaccinothérapie ne doit pas dispenser du traitement local.*

Les affections articulaires chroniques.

Le rhumatisme chronique, considéré comme une arthrite métastatique, résulte d'un foyer infectieux de l'organisme (pyorrhée alvéolaire, suppurations du nez et du nasopharynx, bronchite chronique, dyspepsie, stase intestinale, leucorrhée) ; or, Basil Hughes (1) nous rapporte de bons résultats obtenus dans le traitement de cette affection au moyen d'un *vaccin autogène*, préparé en partant des micro-organismes prélevés sur le foyer primitif.

La coqueluche.

Ch. Nicolle et Conor (2) ont tenté des essais de vaccinothérapie par l'inoculation aux malades de *cultures vivantes* du bacille de la coqueluche (dit de Bordet).

C'est une bactérie ovoïde de petites dimensions, que l'on trouve en culture presque pure dans certaines parties des crachats du début de la coqueluche (parties blanches, épaisses, riches en leucocytes), chez les nourrissons ou chez les jeunes enfants, indemnes jusque-là d'affections des voies respiratoires — car il disparaît rapidement des exsudats, où apparaissent d'autres microbes. Ce bacille se cultive sur bouillon glycériné au 1/1000e, additionné de volume égal de sang ou de sérum de lapin — ou, mieux encore, sur le milieu de choix de Bordet et Gengout, constitué par parties égales d'un extrait glycériné et gélosé de pommes de terre et de sang.

L'émulsion, employée par Nicolle et Conor, était préparée en utilisant des cultures âgées de 48 heures. Chaque goutte d'émulsion, représen-

(1) *British. med. Journal*, 1913
(2) Communication faite à l'Académie des Sciences, 1913.

tant 400 *millions* environ de microbes, était diluée dans 2 cc. cubes d'eau physiologique. Les sujets recevaient, par injection, de 1 à 5 gouttes d'émulsion et les injections étaient répétées tous les 2 ou 3 jours. Jamais elles ne donnèrent lieu à des réactions générales ou locales.

122 enfants furent traités, mais 104 seulement purent être suivis dans des conditions suffisantes. Sur ces 104 observations, on constata 37 guérisons, 40 améliorations, et 27 états stationnaires.

Sur les 37 guérisons, 29 survinrent après 2 ou 5 inoculations, c'est-à-dire en 3 à 12 jours. Dans les cas de guérison, on constate une amélioration très rapide, en général dès la première ou la deuxième inoculation. Cette amélioration se traduit surtout par une diminution de l'intensité et du nombre des quintes nocturnes.

Bref, les résultats obtenus dans la vaccinothérapie de la coqueluche sont des plus encourageants.

Les infections bronchiques.

Catarrhe chronique des bronches.

C'est en 1904 qu'Allen (1) a appliqué, pour la première fois sur lui-même, les vaccins dans le traitement des catarrhes chroniques des bronches ; depuis ce temps, cette thérapeutique a pris de l'extension.

A une première attaque, le traitement doit être guidé, dit-il, sur les indications cliniques ; si les attaques se répètent et que l'affection prenne un caractère de chronicité, il faudra rechercher le micro-organisme qui peut en être la cause pour en préparer un vaccin. Il est nécessaire pour cela que l'observation clinique soit corroborée par l'examen microscopique et par des cultures, suivies d'inoculations. Cependant, comme l'examen bactériologique est parfois retardé par ce fait que l'on ne peut obtenir des produits expectorés avant un certain nombre de jours, comme la multiplicité des microbes cultivés rend le diagnostic bactériologique très équivoque, il est bon de savoir déjà, par l'aspect clinique du sujet, présumer de la nature du germe infectant. Voici, à cet égard, quelques données utiles que donne Allen.

1° L'infection due au *bacillus septus* commence par un sentiment de sécheresse et de chatouillement du palais mou, puis du pharynx nasal ; le larynx et les bronches ne sont pour ainsi dire jamais pris ; donc, pas de toux, pas d'expectoration ; en 3 ou 4 jours, tout est fini, et l'infection chronique est rare.

2° *Le micrococcus catarrhalis* peut attaquer toutes les parties du tractus respiratoire, ensemble ou successivement. En général, l'infection se traduit par une sensation d'irritation des fosses nasales et du pharynx se propageant rapidement au larynx, avec sécrétion assez abondante. Il y a céphalalgie, malaise et hyperthermie. En trois ou quatre jours, la sécrétion devient muco-purulente, les bronches et les bronchioles peuvent être envahies. Les rechutes et le passage à l'état chronique sont fréquents.

3° *Le micrococcus paratetragenus* peut se comporter comme le précédent, mais l'expérience a montré que le larynx est le premier point attaqué, avec raucité de la voix et toux paroxystique suivie d'expectoration de petits pelotons de mucus très épais. L'infection peut se propager par en haut ou par en bas ; jamais l'expectoration n'est abondante ; la toux est persistante et sèche.

4° Le groupe du *bacille de Friedlander* semble se cantonner dans le nez et ses annexes ; il y a d'abord éternuement, anosmie, malaise, rhinorrhée abondante et limpide, jusqu'au moment où les tissus peuvent être pris ; alors la sécrétion devient muco-purulente. L'ouïe peut être atteinte par inflammation de la trompe d'Eustache. Le larynx et les bronches ne sont pas atteints, excepté chez l'enfant où peut se développer une broncho-pneumonie. La chronicité et les rechutes sont très fréquentes.

5° *Le pneumocoque*, comme le *M. catarrhalis*, peut s'attaquer de prime abord à une partie quelconque du tractus respiratoire. En général, les deux premiers jours, sensation de papier de verre sur la muqueuse du larynx et de la trachée avec toux sèche et rude, pour n'expectorer qu'un peloton de mucus dense, particulier au paratetragenus, mais parfois de couleur jaune. Après 2 ou 3 jours, l'infection s'est propagée en haut et en bas et la sécrétion muco-purulente devient plus abondante et jaunâtre. Il y a malaise, céphalalgie et hyperthermie. Si les sinus sont pris, sensation de tension et de lourdeur de tête. Les alvéoles pulmonaires peuvent être envahis (pneumonie). L'affection peut aussi se cantonner en haut et en bas du tractus respiratoire ; dans ce dernier cas, on peut observer le catarrhe suffocant de Laënnec.

6° Le *bacille de l'influenza* provoque une symptomatologie des plus protéiformes, et il ne faut pas oublier qu'il est presque toujours accompagné de pneumocoque. Une attaque d'influenza est caractérisée par un grand malaise : céphalalgie, douleurs musculaires et articulaires, frissons, fièvre, troubles digestifs et nerveux ; ce n'est que secondairement que surviennent les manifestations respiratoires, qui peuvent envahir tout ou partie de l'arbre bronchique, mais le plus souvent, il n'y a que coryza. Les rechutes et la chronicité sont assez fréquentes.

7° *Le groupe des streptocoques*, que l'on retrouve dans presque tous les catarrhes chroniques, na-

(1) Allen. — *Des infections bronchiques et de leur traitement par les vaccins.* (1 vol., 400 pages. Lewis, édit. Londres.)

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

(HS-3-14) **Siège social : 132, rue du Faubourg St-Denis, PARIS**

DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné (nom, prénoms),..

médecin à.. *département de*..

désire connaître les formalités à remplir pour être admis comme Membre de la **Mutualité Familiale du Corps médical Français.**

(*Voir au dos.*)

BULLETIN D'ABONNEMENT

(HS-3-14) **au Journal le « CONCOURS MÉDICAL »**

Je soussigné (nom, prénoms),..

Médecin à.. *Rue*.. *N°*..........

arrondissement d.. *département d*..

déclare m'abonner au journal le CONCOURS MÉDICAL à partir du(1)..

....1914

Abonnement donnant droit à l'AGENDA MEMENTO DU PRATICIEN qui sera envoyé avant le 20 décembre 1914).

A.. *le*..191 .

(SIGNATURE)

(1) Les abonnements partent du premier de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste (12 *francs pour la France*). A défaut d'envoi, l'Administration fera recouvrer à domicile. *On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de Poste.*

Adresser ce Bulletin rempli et affranchi à M. C. BOULANGER, Administrateur du **CONCOURS MÉDICAL** **132, rue du Faubourg Saint-Denis, PARIS, avant le 15 novembre 1913**

(*Voir au dos.*)

(HS-3-14)

LE SOU MÉDICAL

LIGUE DE PROTECTION & DE DÉFENSE PROFESSIONNELLES

BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné (nom, prénoms)..

médecin à.. *dép. de*..

né le.. *département*..

membre de (1)..

ou présenté par MM. (2)..

déclare adhérer au **SOU MÉDICAL** *et envoie au trésorier la somme de* **VINGT FRANCS**, *montant de ma cotisation pour l'année courante.*

A.., *le*..

SIGNATURE :

(1) Syndicat médical ou Association médicale.
(2) Deux confrères.

Envoyer ce Bulletin affranchi avec le mandat inclus, au **Dr GASSOT**, *Trésorier du « SOU MÉDICAL »* à Chevilly (Loiret) ou au **CONCOURS MÉDICAL.**

(*Voir au dos.*)

Je demande les Statuts et des renseignements pour les combinaisons suivantes (1) :
M. A. *Indemnité Maladie et Accidents.*
P. *Pension de retraite à 60 ans.*
R. *Pension de retraite à 65 ans.*
V. *Caisse des veuves.*

A .... le 191

(SIGNATURE)

Adresser ce Bulletin rempli et signé au **Dr** *MIGNON, Le Vésinet (S.-et-O.).*
ou **au Concours Médical, 132, rue du Faubourg St-Denis.**

(1) Rayer ce qu'on ne choisit pas.

LE CONCOURS MÉDICAL

Journal de Médecine, de Chirurgie et d'Intérêts professionnels

En 1879, le docteur A. Cézilly fonda le journal *Le Concours Médical*, et en même temps groupa ses lecteurs dans la Société civile du *CONCOURS MÉDICAL*, chargée d'étudier d'abord et de réaliser ensuite, après discussion, les organisations qui seraient reconnues nécessaires.
Le Concours Médical, seul, donne dans ses colonnes une place égale aux questions scientifiques et aux questions professionnelles qui intéressent le médecin.
La partie scientifique est faite pour le seul praticien, elle comporte des articles de clinique et de thérapeutique courante, qui peuvent trouver leur application dans toutes les clientèles.
La partie professionnelle est une tribune de libre discussion. Le but principal du journal est d'intéresser le praticien aux choses de sa profession, de l'instruire de ses droits et devoirs, de le conseiller dans ses ennuis de tous les jours.
Par sa petite correspondance hebdomadaire, le *Concours* répond aux questions qui lui sont posées et aux conseils qui lui sont demandés.
Par l'édition annuelle de l'*Agenda Memento du Praticien* qui forme un volume de plus de 700 pages, le médecin a toujours sous la main tous les renseignements et documents d'ordre professionnel qui lui sont indispensables.
Le *Concours* est le *journal de tous pour tous*, le conseiller du praticien.

Confrères, voulez-vous être tenus au courant de toutes les questions professionnelles et connaître comment doivent être solutionnées les mille difficultés avec lesquelles vous êtes aux prises chaque jour, abonnez-vous au « CONCOURS MÉDICAL ».

LE SOU MÉDICAL

Ligue de Protection et de Défense Professionnelles

Le Sou médical, ligue de protection et de défense professionnelles, fondé en 1897, est destiné à couvrir ses adhérents personnellement contre tous les risques professionnels et prend, en outre, la part la plus active à la défense générale des intérêts médicaux.

Pour la protection individuelle de ses membres, il est intervenu dans plus de 30.000 affaires : procès devant toutes les juridictions (y compris la Cour de Cassation, le Conseil d'Etat et le Tribunal des Conflits), litiges, revendications, arbitrages, consultations, etc. Pour les luttes d'intérêt général, il marche d'accord avec le Concours Médical, l'Union des Syndicats, l'Association générale des médecins de France, etc.

De plus, il a créé une caisse de garantie destinée à couvrir ses membres, **en outre des frais du procès, jusqu'à concurrence de 2.000 francs** (1), **contre les dommages-intérêts auxquels ils pourraient être condamnés en raison des faits cliniques et thérapeutiques accomplis dans l'exercice de leur profession**, et, dès maintenant, cette Caisse est dotée de ressources suffisantes pour lui permettre d'envisager tous les aléas.

Faut-il ajouter que tous les avis possibles sont donnés, toutes les démarches sont faites en vue de rendre des services même extra-professionnels ?

Pour être membre du **Sou médical**, il faut être membre d'un Syndicat ou d'une Association médicale ou bien être présenté par deux confrères.

La cotisation annuelle est de 20 francs, comprise la participation à la Caisse de garantie.

Les membres ne sont admis qu'après envoi de leur adhésion et PAIEMENT DE LA COTISATION

(1) Ce sera 5.000 à partir de janvier 1915 **au plus tard** et sans augmentation de la cotisation.

saux, bronchiques, dans l'asthme, et dans les sinusites infectieuses, n'a pas de symptomatologie bien caractérisée.

Toutefois, il ne faut pas trop demander à la vaccinothérapie. Même avec les vaccins autogènes, les résultats sont souvent inconstants, et s'ils produisent parfois une amélioration sérieuse, ils peuvent ne point guérir. D'autre part, bien des processus infectieux ont une tendance à la guérison spontanée, et, comme on les combat avec d'autres moyens, plus anciens et plus classiques, concurremment avec les vaccins, il faut être très circonspect avant d'affirmer qu'une amélioration ou une guérison est due à la vaccinothérapie.

HARVEY PIRIE (1) pense néanmoins qu'il est possible avec les *auto-vaccins* (le plus souvent pneumocoque et M. catarrhalis) d'obtenir de bons résultats dans les bronchites chroniques.

Pneumonie et broncho-pneumonie.

NATTHAN RAW (2) a surtout étudié les effets de la vaccinothérapie dans la pneumonie et dans la broncho-pneumonie. La statistique comprend 207 cas avec une mortalité de 16 p. 100. Bien que la médication stimulante ait une grande importance, il est bon de diminuer dans la mesure du possible la virulence du pneumocoque. Le sérum antipneumococcique n'a pas donné de bons résultats. Quant au *vaccin antipneumococcique*, il est, comme toujours, d'autant plus efficace qu'il est inoculé plus tôt. Injecté dès le 2e ou le 3e jour, il donne parfois des résultats surprenants, bien qu'on soit obligé d'employer des *stock-vaccins*, le temps faisant défaut pour préparer un auto-vaccin.

D'une manière générale, Raw n'a jamais observé de mauvais effet ; il a souvent constaté une chute rapide de la température ; le pouls devient meilleur ; le malade est plus calme ; le délire s'atténue ou disparaît.

En résumé, la vaccinothérapie est une arme précieuse dans le traitement de la pneumonie ; ce n'est pas, à proprement parler, une thérapeutique spécifique.

Asthme.

Les *auto-vaccins* peuvent donner de bons résultats dans le traitement de l'asthme, dont l'étiologie s'allie aux infections (C. JONES) ; en effet, l'asthme causé par une muqueuse bronchique enflammée et infectée est justiciable de la vaccinothérapie ; mais il ne faut pas perdre de vue un autre élément, l'irritabilité du centre respiratoire.

(1) *British med. Journal*, 1913.

(2) *Société royale de médecine de Londres*, 27 janvier et 3 février 1914.

Les maladies de peau.

Furonculose

C'est dans la furonculose que Wright obtint les premiers résultats heureux du traitement par les vaccins, montrant par là même que les vaccins possèdent une action non seulement préventive, mais encore curative ; c'est ainsi qu'il ouvrit l'ère nouvelle de la vaccinothérapie.

Récemment LASSUEUR, de Lausanne (1), a communiqué de nombreuses et intéressantes observations. Il a toujours eu recours au *stock-vaccin*, fourni par la maison Parke-Davis, de Londres.

Toute vaccination est généralement suivie d'un abaissement momentané de la résistance de l'organisme, d'une diminution des substances protectrices du sérum, connues sous le nom d'*opsonines* (*phase négative*), puis d'une augmentation plus ou moins rapide de ces substances (*phase positive*). La mesure de l'*index opsonique* permet de reconnaître lorsqu'on se trouve dans la phase positive, de savoir par conséquent de quelle manière il faut régler les injections de vaccins. Cependant Lassueur, chez ses malades, n'a jamais recherché l'index opsonique pour savoir s'il devait augmenter ou diminuer les doses de vaccin ; la clinique seule l'a guidé.

Sur 52 cas de furonculose traités par la *vaccination staphylococcique*, 50 fois le résultat fut excellent ; dans 2 cas de furonculose de la nuque, il n'y eut qu'une amélioration passagère.

La dose employée fut une première injection de 150 millions de staphylocoques ; une deuxième injection, huit jours après, de 200 millions, puis huit jours après, 250 millions, et quinze jours après, 500 millions de staphylocoques.

« La vaccinothérapie de la furonculose donne des résultats remarquables, incontestablement bien supérieurs à ceux des autres traitements en usage ; elle représente une méthode indolore, simple, presque élégante. » (Lassueur.)

Mme SAVILL (2) s'est également servie avec succès du *vaccin staphylococcique* dans la furonculose ; « une petite dose injectée au début suffit parfois pour arrêter le processus.

JANOWSKI (de Prague) (3) estime que la vaccinothérapie obtient les succès les plus éclatants dans les staphylococcies, les furoncles : il conseille les *vaccins polyvalents*. C'est également l'opinion de ROCKWELL VARNEY, qui dit : « Il faut employer, si possible, le microbe du malade ; en cas de furonculose, le staphylocoque doré,

(1) XVIIe Congrès international des Sciences, août 1913. Londres.

(2) *Société royale de médecine de Londres* (27 janvier et 3 février 1914).

(3) VIIe Congrès international des Sciences, août 1913, Londres.

associé à d'autres races de staphylocoques. »

« Il est nécessaire, ajoute-t-il, de commencer par de petites doses et d'aller progressivement en augmentant, sous peine de voir l'affection persister et même s'aggraver ».

Dans la *furonculose chronique*, cependant, comme les furoncles récidivants de la nuque et du dos, les résultats des vaccins seraient incertains et habituellement défavorables (Mac Leod).

Folliculites.

Sur 32 cas de folliculites staphylococciques (simples ou agminées, sycosis), LASSUEUR a obtenu par les vaccins 20 guérisons après 2 à 3 injections, 8 après 4 à 6 injections, 3 améliorations, 1 échec.

Acné.

Le même auteur donne une statistique de 56 guérisons, 23 améliorations, 8 échecs pour 87 cas d'*acné pustuleuse*. Cependant, il faut employer à la fois le vaccin staphylococcique et celui des bacilles de l'acné, et encore n'obtient-on le plus souvent, malgré de très beaux résultats dans certains cas, qu'une amélioration passagère. Cette inconstance des résultats et cette courte durée de l'immunité ordonnent de ne pas négliger l'emploi des lotions antiseptiques, des pommades exfoliantes ou de la radiothérapie. Dans l'acné rebelle, il faut aussi insister avant tout sur le traitement du tube digestif (Mme Savill).

Dans l'*acné non inflammatoire*, quand il existe des comédons, le bacille de l'acné serait, d'après quelques auteurs, très efficace (1).

Urticaire.

On peut employer quelques vaccins préparés à l'aide du bactérium coli, mais les résultats sont variables (GASPER, GILCHRIST, de Baltimore).

Erysipèle.

En ce qui concerne les infections streptococciques, l'*érysipèle aigu* semble influencé par les vaccins (MAC LEOD) ; la guérison peut survenir (A. WITHEFIELD). L'*érysipèle* à répétition n'est pas modifié.

Tuberculose cutanée.

Le lupus peut être amélioré par la méthode *d'immunisation*, mais les résultats sont si légers et si vagues que ce traitement ne doit être employé que comme adjuvant de mesures curatives plus certaines (Withefield).

L'actinomycose.

La question est encore à l'étude ; cependant il est permis d'espérer prochainement des données positives. Pour le prouver, nous rapportons en détail une observation très nette de J. COLLIE (1), qui montre que la vaccinothérapie est capable de guérir même des cas avancés d'actinomycose.

Il s'agit d'un maître d'école de 40 ans, qui, en juin 1912, se promenait à la campagne, et avait pris l'habitude de mâchonner des primevères. Dès le mois de juillet, sa santé se mit à péricliter ; au mois d'août, il remarqua la présence d'une tuméfaction au niveau de l'aine gauche, au-dessus de l'extrémité externe de l'arcade crurale ; c'était une masse dure et immobile ; peu à peu d'autres tumeurs apparurent entre les épaules et à la nuque.

La tumeur inguinale fut incisée au London Hospital ; on y trouva le champignon de l'actinomycose. Malgré de hautes doses d'iodure de potassium, de nouvelles tumeurs apparaissaient, et l'état général du malade s'aggravait notablement. Le 16 novembre 1912, le sujet était confiné au lit, pâle, émacié ; il présentait une large suppuration de la fosse iliaque gauche, un abcès du rebord costal gauche, et un autre entre les deux épaules. L'auteur eut alors l'idée de recourir à la *vaccinothérapie*. Le 27 novembre, il lui injecta du *stock-vaccin* à la dose de 7 *millions et demi*. Une amélioration se produisit et à partir du 11 janvier, on lui fit une injection de 5 *millions par semaine*.

Au mois de février, on employa pour la première fois de l'*auto-vaccin*, qu'on administra régulièrement jusqu'au 18 mars. Le malade reçut en tout 17 inoculations. Le 30 avril, il pouvait reprendre son travail. La tumeur inguinale était entièrement disparue ; il ne persistait que deux petites plaies en voie de cicatrisation. Le malade avait augmenté de poids et respirait la santé ; on peut dire qu'il fut réellement arraché à la mort par la vaccinothérapie.

Les infections chirurgicales

Mlle SCHEREMEZINZKAJA (de St-Pétersbourg) a traité par le *vaccin streptococcique* (le plus souvent *autogène*) 40 cas de *phlegmons et adénophlegmons*, 6 *synovites*, 22 *ostéomyélites et mastoïdites*, 6 *péritonites circonscrites*, 13 *empyèmes*, 6 *infections articulaires* et 15 *septicémies ou pyémies*. Parallèlement, elle avait en traitement sans

(1) *Pour préparer un vaccin autogène de bacille d'acné*, provenant du comédon, on recueille le produit de l'expression du comédon dans un bouillon neutre, puis on recouvre le tout d'huile stérile. Après 24 ou 48 h., il se produit un trouble dû à la culture du staphylocoque, tandis que vers le 3e ou 4e jour, la culture du bacille de l'acné détermine au fond du tube un dépôt granuleux. Le tube renferme donc du bacille de l'acné et du staphylocoque, mais ce dernier doit être pratiquement négligé. Au 8e ou 10e jour, on peut préparer le vaccin.

(1) J. COLLIE. — *The British med. Journ.*, 10 mai 1913.

vaccin un plus grand nombre d'affections similaires (278). Le résultat de son expérience démontre que dans ces deux groupes, l'évolution et la terminaison de la maladie furent notablement différentes, et que le vaccin exerça une influence des plus favorables. La vaccinothérapie fut particulièrement heureuse dans les phlegmons, les synovites, les péritonites circonscrites. Dans les mastoïdites et les infections articulaires, les circonstances furent moins bonnes, car un grand nombre de ces cas revêtirent une gravité spéciale ; plusieurs d'entre eux même aboutirent à une généralisation du processus. Même dans les infections générales (pyémie, septicémie), la vaccinothérapie eut une action favorable. L'auteur conclut en disant que cette méthode diminue la mortalité, raccourcit la durée de la maladie, et améliore le résultat final du traitement (1).

Dans 22 cas d'*infections streptococciques*, le plus souvent graves, H. GARDON a employé la vaccinothérapie (*vaccins sensibilisés de Besredka*) ; il a noté 12 résultats favorables, 7 insuccès, 5 décès (septicémies très sévères) (2).

Gingivites. — Pyorrhées.

Dans les cas de gingivites et de pyorrhées, le concours du dentiste est indispensable ; mais le *vaccin streptococcique* paraît produire une amélioration de l'état digestif et de l'état général, en même temps qu'il prévient des douleurs vagues, siégeant dans les muscles et les aponévroses, qui accompagnent souvent les infections buccales.

Dans la *paralysie progressive*, WAGNER v. JAURREG (de Vienne) (3) aurait pratiqué des essais satisfaisants au moyen d'un *vaccin staphylococcique*. Sur 33 hommes traités, 20 (soit 61 %) obtinrent des rémissions dans l'évolution de la maladie. Si l'on ne tient compte que des cas récents, la proportion des améliorations s'élèverait à 74 p. 100, et 50 p. 100 de ces améliorés pourraient, soit reprendre l'exercice de leur profession antérieure, soit mener une vie presque normale.

Quant aux *tumeurs*, les *sarcomes*, et quelquefois les *carcinomes*, se montreraient justiciables d'un traitement par la *toxine streptococcique*. Le traitement des néoplasmes ne doit plus rester uniquement chirurgical, il faut recourir davantage aux moyens médicaux. Après les résultats favorables, obtenus par COLEY (de New-York), et par MATAFAN (de Bruxelles), nous avons le devoir, a déclaré WITZEL (de Dusseldorf) (1) d'employer pour les cancers inopérables les injections de toxine streptococcique et le traitement par le radium. DAELS (de Gand) s'est déclaré particulièrement satisfait du vaccin pour les récidives de néoplasmes.

(1) *Russky Wratch*, 1913, n° 45.
(2) *Lancet*, 28 VII 1913.
(3) *Wien. mediz. Wochenschrift*, 1913, n° 39.

III. — Conclusions.

Les vaccinothérapies constituent une méthode spécifique inoffensive, dont l'application facile peut, dans certains cas, influencer d'une manière heureuse l'évolution des infections. Elles ont, en principe, d'autant plus de chances d'être efficaces, qu'elles sont utilisées plus près du début de la maladie.

Il est préférable de s'adresser à l'auto-vaccin, préparé avec le microbe même qui détermine la maladie ; cependant, devant les difficultés d'ordre pratique, il est souvent préférable d'employer un hétéro-vaccin *polyvalent*.

Ces vaccinothérapies réalisent un progrès appréciable en thérapeutique, dans l'attente de la découverte des divers sérums spécifiques, qui procureront des anticorps tout préparés à l'organisme, sans exiger de lui un effort particulier, avant que, spontanément, il se mette en état de défense sous l'influence des germes envahisseurs.

De l'avis presqu'unanime, ce traitement spécifique ne saurait, dans la plupart des maladies, remplacer les autres méthodes thérapeutiques, le plus souvent stimulantes, dont il facilite les heureux effets. Bien que spécifiques, les vaccinothérapies n'ont pas une valeur absolue ; elles peuvent ne point guérir complètement, et se montrer inefficaces. Cependant, comme cette méthode a donné de véritables triomphes, ce serait une grosse faute de la rejeter de la pratique médicale.

(1) *IIIe Congrès international pour l'étude du cancer* (Bruxelles, 3-5 août 1913).

LES ÉLECTIONS LÉGISLATIVES

ET LES

REVENDICATIONS PROFESSIONNELLES

I

Les élections législatives et l'action syndicale des médecins praticiens

Nous approchons de l'époque des élections législatives. Sans vouloir lancer les Syndicats médicaux dans la politique de partis, beaucoup de nos confrères pensent qu'il ne faudrait pas négliger de tirer profit des circonstances et d'en faire bénéficier nos intérêts professionnels.

Nous sommes trop respectueux de l'autonomie des Syndicats pour ne pas repousser tout ce qui pourrait ressembler à un mot d'ordre. Dans la question électorale, plus que dans toute autre question, chacun de nos groupements professionnels doit juger en toute indépendance de l'utilité et de l'opportunité de son intervention.

Mais il ne nous est pas défendu d'étudier cette question et de voir de quelle façon les médecins praticiens pourraient se servir de la période électorale, nous ne dirons pas pour faire triompher leur programme, mais bien pour le répandre dans le public.

Cette étude, actuellement, a un intérêt, car, il y a quatre ans, nous avons fait une expérience et il serait bon d'envisager le profit que nous en avons retiré.

Le 27 mars 1910, paraissait en tête du *Concours médical* un article intitulé : *Notre Devoir électoral.*

Cet article indiquait qu'en entente parfaite avec le Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France, les Conseils du *Concours médical* et du « Sou médical » décidaient d'assurer l'exécution du vote des Assemblées générales du 14 novembre 1909 sur les revendications législatives du Corps médical, formulées par le Dr Vimont.

Les Syndicats médicaux étaient priés de se réunir extraordinairement au début de la période électorale, de convoquer à cette réunion tous les candidats à la députation, de leur exposer nos revendications, plus particulièrement celle du libre choix de son médecin assuré à tout citoyen français sans exception, d'envoyer aux candidats absents une lettre exposant ces revendications et de faire signer un bulletin à chaque candidat, où il s'engagerait à adopter à la Chambre tout texte ayant pour objet d'assurer à chaque citoyen la liberté dans le choix de son médecin.

Un nombre respectable de Syndicats médicaux approuvèrent cette ligne de conduite; de très nombreux candidats signèrent l'engagement qui leur fut présenté, et une centaine de députés (exactement 96) nouvellement élus, acceptèrent *par écrit* de défendre le libre choix.

Ces députés étaient des opinions les plus diverses ; certains étaient des hommes éminents, d'anciens ou de futurs ministres, la plupart absolument indépendants, car leur élection était assurée. Citons parmi les plus connus trois membres de l'Institut : MM. Maurice Barrès, de l'Académie française, Painlevé, de l'Académie des Sciences, Ch. Benoist, de l'Académie des Sciences morales politiques, MM. Millerand, Steeg, de Lanessan, Guist'hau, Siegfried, qui furent ministres. L'amiral Bienaimé était inscrit sur la liste des défenseurs du libre choix à côté de M. Marcel Sembat, et M. de Ramel y coudoyait M. Buisson, M. Millevoye, MM. Rouanet et Wilm.

En somme, notre tentative avait eu un réel succès.

Quels bénéfices en avons-nous retiré durant cette législature ?

Nous devons avouer qu'ils ont été bien minces.

Est-ce à dire que les 96 députés qui avaient donné leur parole de soutenir le libre choix n'aient pas tenu leur engagement ? Certainement non. Mais le travail parlementaire est long, infiniment long ; il dépend souvent de circonstances fortuites.

Depuis bien des années, la proposition de loi de notre excellent et vénéré Confrère, le Dr Dubuisson, sur l'application du libre choix dans l'assistance médicale gratuite, dort dans les cartons de la Chambre, et, si parfois des députés comme nos confrères Gilbert-Laurent, Doisy,

Peyroux, ou d'autres, comme M. Barthe, prennent la défense des intérêts médicaux, c'est, poussés par les circonstances et documentés et guidés par certains d'entre nous, (récemment par exemple, lors de la discussion sur les maladies professionnelles, par Diverneresse).

Tout cela n'a pas empêché la menace de M. Henri Chéron contre le Corps médical et ses tentatives de restriction du libre choix. Tout cela n'empêche pas M. Métin de chausser au Ministère du travail les bottes de son prédécesseur, et de chercher à organiser la fameuse Commission d'études de coopération du Corps médical à la réalisation de la médecine sociale, Commission composée de telle façon que, si elle n'était pas modifiée, il ne serait pas digne, à des Syndicats médicaux conscients de leurs devoirs d'y envoyer des délégués.

Nous pouvons donc dire que la tentative faite lors des élections de 1910 n'a pas rendu au Corps médical de bien grands services.

Elle n'a pas été pourtant inutile. Elle a appris à de nombreux députés ce que nous entendions par *liberté de confiance*, et nul n'ignore à ce jour et ne discute le principe du libre choix.

Devons-nous recommencer la même tentative, faire prendre de nouveaux engagements par des candidats ? Nous ne le pensons pas. L'expérience et la réflexion nous ont enlevé quelques illusions.

De plus en plus, nous sommes persuadés que la profession médicale n'améliorera pas son sort surtout par voie législative. Qu'une intervention utile, à propos d'une nouvelle loi, nous permette de faire quelques nouvelles conquêtes, ceci est dans l'ordre des possibilités et nous aurions tort de la négliger ; mais qu'on arrive à résoudre tous nos conflits par le vote d'un texte de loi, qu'il nous soit permis de rester sceptique à cet égard.

D'ailleurs, un règlement si simpliste de tous nos conflits ne serait pas à souhaiter. Ce qui fait notre force, c'est la cohésion ; ce qui fait notre cohésion, c'est la lutte.

Malheur à nous si, sur la foi d'une loi, nous nous endormions dans une parfaite quiétude ; nous risquerions de nous réveiller un jour asservis.

Tout ce que nous sommes en droit de demander à nos députés, c'est de ne pas nous gêner dans notre action, c'est de nous laisser toute liberté dans la lutte continuelle que nous devons mener pour faire respecter nos droits et imposer les idées que nous croyons justes.

Si nous ne comptons pas sur la nouvelle période électorale pour amener à la Chambre une majorité d'élus dévoués à la défense des intérêts médicaux, si nous pensons que les préoccupations de la politique générale : représentation proportionnelle, impôt sur le revenu, service de trois ans, etc., doivent, par leur puissant intérêt, éclipser sur les programmes nos revendications, nous ne voulons pas dire qu'il ne faut pas agir pendant les semaines d'effervescence qui précèdent le scrutin. Nous pouvons, avec un peu d'habileté et de courage, faire beaucoup pour la divulgation de nos idées et leur pénétration dans l'opinion publique. Mais c'est aux Syndicats médicaux, répéterons-nous, à apprécier, dans leur autonomie et en toute indépendance, l'opportunité de leur action collective ou de l'action individuelle de leurs membres.

Les uns pourront demander aux candidats, et l'obtenir, d'introduire dans leurs programmes certaines revendications du Corps médical.

Les autres préfèreront charger certains de leurs membres, rompus aux joutes oratoires, d'aller dans les réunions publiques, poser aux candidats des questions parfois embarrassantes sur le libre choix, l'hygiène publique ou le respect du secret médical.

Certains aimeront mieux prendre la plume et engager des polémiques sur les mêmes sujets dans la presse locale.

Il se trouvera des confrères qui n'hésiteront pas à faire une déclaration de candidature, et qui, sans vouloir capter des suffrages, profiteront du privilège de la candidature pour couvrir à bon compte, en évitant les frais de timbre, les murs de leur ville d'affiches où les revendications médicales seront habilement exposées.

Ou bien le Syndicat, sans mettre un de ses membres en avant, pourra s'aboucher avec un candidat fantaisiste (et ils sont légion) qui consentira à signer les dites affiches.

Quel que soit le procédé adopté, l'on pourrait facilement, à l'occasion des élections, ouvrir les yeux aux mutualistes naïfs et leur montrer à quelles utopies les mènent les théoriciens et les exploiteurs du bluff de la Mutualité.

On pourrait montrer aux patrons, comme aux ouvriers, qu'il n'est pas nécessairement indispensable d'interposer entre eux l'exploitation intermédiaire des assureurs dans les accidents du travail, qu'au fond, ils sont les uns et les autres dupes de Sociétés financières dont le rôle est de s'enrichir à leurs dépens. On pourrait leur montrer que, sans recourir au monopole de

l'Etat, qui effraye beaucoup de gens, il serait facile de réaliser en France le système des Caisses hongroises, administrées par les intéressés, sous le contrôle de l'Etat.

On pourrait montrer aux indigents comment, par l'admission de gens aisés dans les hôpitaux, et par celle des accidentés du travail, qui ne sont pas des indigents puisqu'on leur doit le demi-salaire et les frais médicaux et pharmaceutiques, comment, par ces admissions irrégulières, on détourne de sa destination normale l'argent destiné à les secourir.

On pourrait montrer aux contribuables en général combien on dilapide les finances, sous couleur d'assistance et d'hygiène.

On pourrait opposer à l'inquisition fiscale, qui à l'heure actuelle effraye tant de gens, les inconvénients plus graves encore de l'inquisition sanitaire, avec la violation du secret professionnel comme corollaire.

En un mot, les médecins praticiens et leurs Syndicats pourraient, avec un peu d'adresse, tirer un large parti de la période électorale, et cela, sans compter sur les promesses, ni les secours des parlementaires qui, en somme, n'étant pas les représentants directs de la profession médicale, ne lui doivent leur appui que dans la mesure qu'ils jugent compatible avec le mandat qu'ils ont reçu de leurs électeurs.

J. Noir.

II

Le Devoir électoral.

Voici les élections législatives qui approchent. Il est nécessaire de s'en préoccuper. Je n'ai pas l'intention de m'immiscer dans les questions politiques et religieuses ; chacun a sa liberté d'opinions, chacun comprend d'une façon spéciale son devoir électoral ; cependant, il est nécessaire que le médecin fasse entrer dans la balance électorale les questions économiques intéressant la profession. En dehors des questions de principe, il y a les intérêts professionnels. Toutes les corporations s'agitent et formulent leurs revendications. Nous voyons se former un bloc des viticulteurs ; les marchands de vins s'engagent à ne voter que pour les candidats qui promettent de ne pas limiter le nombre des cabarets ; les sucriers s'occupent de la question de la betterave ; il est nécessaire que le médecin s'occupe de défendre l'indépendance de sa profession, chargée de pourvoir à ses besoins et à ceux de sa famille, indépendance menacée de toutes parts, par des collectivités financières ou par des politiciens producteurs de lois politiques ou sociales, formant une surenchère électorale. Le médecin doit défendre d'autant plus sa profession que s'il protège ainsi ses intérêts particuliers, il défend avant tout l'intérêt de la masse et la santé publique.

Trois points résument les revendications générales des médecins : le *libre choix du médecin par le malade, l'intégrité du secret professionnel, l'indépendance de la profession menacée par des tentatives de fonctionnarisation et par l'ingérence des collectivités entre le médecin et le malade.*

Je n'ai pas besoin de vous rappeler la question du libre choix, qui doit être pour nous, médecins, un dogme, et qui doit s'appliquer à toutes les catégories de malades. D'abord pour l'indigent. Si ce dernier n'est pas en état d'honorer son médcin, il faut que la Société, qui se substitue à lui, lui garantisse le maximum de liberté. C'est du reste ce qui existe en partie, puisque 60 départements environ accordent, pour les services d'assistance médicale gratuite, le libre choix à leurs inscrits. Le libre choix doit être également la base de toute conversation avec les Mutualités. Si les communes laissent le libre choix aux indigents, si la loi des accidents du travail accorde les mêmes droits aux blessés, il est juste que le Mutualiste, qui paye par l'intermédiaire de sa Société, ait les mêmes droits que le malade qui honore directement son médecin. Les mêmes droits doivent exister pour les fonctionnaires de tout ordre ; ils doivent à l'Etat leur temps ; en dehors de leur service, ils redeviennent de simples citoyens, ils doivent avoir comme tous la liberté de conscience, la liberté de la parole, et la liberté de confiance.

Ce que nous disons pour les fonctionnaires doit s'appliquer aux salariés et employés des administrations industrielles et financières. J'ai parlé incidemment du libre choix du médecin reconnu par la loi des accidents du travail ; il faut reconnaître que si ce principe est établi par la loi, la même loi l'abolit en partie en permettant la création de sociétés de secours mutuels par le patronat, obligatoires pour les ouvriers, et qui enlèvent le privilège fourni par l'article 4 de la loi.

En dehors du libre choix, une question qui intéresse particulièrement le Corps médical est celle du secret professionnel. Chaque jour, sous des prétextes d'hygiène et de préservation sociale, on porte atteinte à ce secret, alors que nous sommes tous d'avis qu'il est inviolable. En tout cas, il est nécessaire que nos représentants au Parlement s'opposent à toute atteinte portée à ce secret, qui a été créé par la loi dans l'intérêt du malade. Nous devons nous opposer à la déclaration des maladies contagieuses dans sa forme actuelle ; nous devons nous opposer à la déclara-

tion de la tuberculose, qui précède d'autres déclarations dont le développement détruirait entièrement cette garantie primordiale du malade. Nous ne voulons pas en aucun cas être transformés en policiers ni en gendarmes médicaux. Nous devons, en nous basant toujours sur les arrêts de la Cour de cassation, refuser toute espèce de renseignements aux administrations sur les malades que nous avons en traitement. Nous devons refuser tous renseignements aux Compagnies d'assurances, aux Mutualités qui réclament le diagnostic sur leurs feuilles de maladie.

Le médecin, même payé par un tiers, ne doit connaître que son malade et il est tenu vis-à-vis de lui par un pacte inviolable. L'intéressé : Etat, département, commune, administration, collectivité, etc., peut toujours être renseigné sur l'état du malade par les médecins contrôleurs ; il doit toujours y avoir séparation entière entre le contrôle et les soins, et entre le médecin contrôleur et le médecin traitant. Mais au point de vue économique, non seulement vous avez à défendre vos intérêts professionnels, mais en tant que *contribuables*, vous devez défendre le bien de vos concitoyens et en particulier le bien des pauvres ; vous devez vous opposer à l'admission des gens riches dans les hôpitaux, et des accidentés du travail couverts par des patrons ou des assurances qui, pour un prix dérisoire et non en rapport avec les frais réels, viennent prendre la place des indigents dans les hôpitaux et hospices ; vous devez bannir le *tout compris*, qui laisse à la charge de l'assistance et des caisses des pauvres des frais dont l'économie ne sert qu'à payer les dividendes des actionnaires. Il est nécessaire de s'opposer également à l'immixtion des dirigeants mutualistes dans les commissions administratives des hospices et hôpitaux, dans les bureaux de bienfaisance ; ils n'ont qu'un but, mettre la main sur les services d'assistance pour en faire profiter leurs adhérents, faire entretenir leurs sociétaires avec l'argent des pauvres dans le seul but de réaliser des économies sur les frais médicaux et pharmaceutiques.

Jusqu'ici, le médecin a défendu les intérêts de son malade avec une indépendance qui est tout à son honneur, mais les politiciens, ne le trouvent pas assez souple ; ils veulent lui mettre un licol, ils veulent faire du médecin un fonctionnaire, augmentant ainsi la clientèle électorale d'un député et d'un sénateur dont il serait l'humble serviteur sous peine de révocation ou de manque d'avancement. Il faut également lutter contre la fonctionnarisation du médecin. Au point de vue contribuable, ce serait une charge énorme pour le budget, sans intérêt aucun pour le malade ; celui-ci sera en effet mal soigné lorsqu'il aura affaire à un fonctionnaire qui n'aura aucun intérêt à s'attacher sa clientèle, puisque, quel que soit le nombre de ses malades, ses appointements courront toujours.

Nous devons nous opposer à toute immixtion d'un tiers entre le médecin et son malade, et à la création de ce médecin fonctionnaire ou même agréé, selon les desiderata de l'illustre M. Chéron. Nous devons lutter également pour maintenir le taux des honoraires à un chiffre raisonnable et compatible avec la vie. Plus le médecin sera honoré, plus le malade a de chances de trouver auprès de lui des soins suffisants.

Par conséquent, *lutte contre toute sorte de forfaits*. Il n'y a qu'un contrat de valable, c'est le contrat qui lie le médecin et son malade et qui n'est autre que la liberté de confiance.

Une question préoccupe depuis plusieurs années, à la fois le public et les médecins : c'est la question des expertises médicales. Si la loi a déclaré que l'inculpé ne pouvait être interrogé qu'assisté d'un avocat, l'inculpé est livré sans défense à un expert nommé par un juge et qui, trop souvent, conclut en faveur d'individualités riches ou de collectivités financières. Il faut enlever à l'inculpé toute espèce de suspicion, et pour cela établir l'expertise contradictoire. L'inculpé doit être assisté d'un médecin, avocat technicien, qui puisse discuter avec le technicien expert nommé par la société. Pour arriver à cette expertise contradictoire sans augmenter les frais de justice souvent abusifs, il est nécessaire de réduire les honoraires d'experts de façon que l'expertise soit un devoir social et non une profession. Il est nécessaire enfin de lutter contre toutes les puissances d'argent coalisées contre le médecin : Etat, assurances, collectivités industrielles et financières, et au besoin créer un monopole des assurances au profit de l'Etat qui, par les ressources qu'il nous procurerait, pourrait diminuer l'effort créé par la loi militaire.

***

Telles sont, en résumé, les revendications que le corps médical doit défendre en période électorale. Mais comment pouvons-nous intervenir dans les élections ? Nous pouvons d'abord développer notre programme médical aux candidats aux élections, en les priant de l'insérer dans leur programme et au besoin en leur faisant prendre des engagements par écrit. C'est ce qui a eu lieu à Paris il y a quelques années : sur l'instigation du Syndicat de médecins de la Seine, un certain nombre de candidats inscrivirent dans leur programme la question du libre choix, et prirent l'engagement par écrit de le défendre au Parlement. Si vous vous sentez une vocation pour la vie politique, vous pouvez entrer directement et délibérément dans la lutte, mais alors n'oubliez pas que vous êtes médecin et que vous devez défendre la profession qui vous fait vivre

et qui fait vivre vos camarades d'hier ; soyez en ce cas leur avocat au Parlement. Si au contraire on rencontre des candidats hostiles à nos revendications, on peut essayer dans certains cas de susciter un candidat qui mette en échec ou en ballottage celui qui veut se séparer de nous. Nous pouvons encore faire campagne dans notre clientèle et c'est là un moyen précieux contre le candidat que nous savons hostile aux désiderata du Corps médical. Le médecin ne se doute pas de sa puissance électorale, s'il savait et surtout s'il voulait s'en servir. Ceux qui ne craignent pas la lutte, qui manient facilement la parole, peuvent intervenir dans les réunions publiques, exposer les idées que nous défendons et demander au candidat de faire connaître son opinion personnelle sur ces différents points. La pose d'affiches comportant tout le programme que nous avons développé plus haut est dans certains cas un moyen d'action. Les affiches peuvent être apposées par un Syndicat privé, être même signées d'un candidat fantaisiste. Nous pouvons également faire campagne dans les journaux locaux qui, en période électorale, offriront volontiers leurs colonnes, surtout si les caisses syndicales peuvent faire quelques frais pour aider la campagne, c'est-à-dire pour profiter également de la période électorale afin de distribuer des brochures ou des tracts, faisant connaître au public l'importance des questions qu'il possède imparfaitement. Nous ne devons pas nous faire d'illusion sur le résultat de toute cette action dans les prochaines élections. Les idées se développent petit à petit, et d'une élection à l'autre, nous pouvons voir ces idées pénétrer dans la masse, jusqu'au jour où elles arriveront à triompher, lorsque le public averti sera instruit de l'utilité et de la nécessité des principes que nous défendons, surtout dans son intérêt. Peu à peu, ces idées prennent de la consistance ; petit à petit, elles deviennent familières, et il arrivera un moment où les candidats seront peut-être heureux d'eux-mêmes de les incorporer en leurs programmes. Les modèles d'affiches ou de tracts peuvent se faire à l'infini. Nous n'avons pas l'intention d'en donner de formule définitive. Voici un type qui pourra servir à titre indicatif :

« Citoyens ou Electeurs. La santé est pour tou le plus grand des biens. Pour la plupart des travailleurs, c'est le seul capital. Or, le riche confie son existence au médecin en qui il a le plus confiance et vous, indigents, fonctionnaires, mutualistes, employés d'administrations, blessés du travail, vous vous laisseriez imposer un médecin que vous n'auriez pas choisi ! Dans votre intérêt, réclamez le libre choix de votre médecin. Si vous êtes capables de choisir votre représentant à la Chambre des Députés, à plus forte raison êtes-vous capables de choisir celui à qui vous voulez confier la santé de vos familles et la vôtre. Réclamez aux représentants la suppression de ces lois qui transforment vos médecins en policiers et en gendarmes, par des déclarations abusives des maladies contagieuses, par la déclaration de la tuberculose, qui fera de vous des parias. Votre médecin peut, avec votre concours intelligent, prendre les mesures nécessaires pour éviter la propagation de ces maladies. Accepterez-vous que votre médecin soit un espion au service de votre patron, des compagnies d'assurances ? accepterez-vous que votre médecin fournisse à des étrangers les renseignements sur vous et les vôtres, en violant le secret professionnel ? Ne laissez pas transformer le médecin en fonctionnaire, car dans ce cas le métier remplacera le sacerdoce, l'avancement et les protections politiques remplaceront le dévouement. Laisserez-vous envahir vos hôpitaux par des gens riches qui prennent votre place lorsque le malheur vient frapper à votre porte ? Laisserez-vous des Compagnies d'assurances, à l'aide des ressources de vos hôpitaux, soigner les blessés du travail pour ménager les coffres-forts et les dividendes de leurs actionnaires ? Laisserez-vous la Mutualité mettre la main sur vos bureaux de bienfaisance, sur vos commissions administratives, au profit de sociétaires avares et souvent aisés qui veulent se faire entretenir avec l'argent des pauvres ? Vous avez trop de bon sens pour accepter à votre détriment cette ingérence de la politique entre vos malades et vos médecins. Votez pour le candidat qui garantira votre indépendance lorsqu'il s'agira de votre santé. »

Dr M. VIMONT.

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

La Somme.

A nos yeux de médecin, la ville d'Amiens est moins célèbre par sa cathédrale, ses macarons et ses pâtés de canard que par les luttes que le corps médical de la Somme dut soutenir contre l'autorité préfectorale.

En 1906-07, nos confrères demandèrent que les assistés puissent librement choisir leur médecin et que ce dernier fût payé à la visite. Mais ils ne pouvaient accepter l'ingérance préfectorale dans la nomination et surtout la révocation des médecins d'assistance, parce que trois des leurs avaient été arbitrairement frappés, de même qu'ils voulaient que les honoraires médicaux pour l'assistance ne fussent pas ridiculement infimes.

Conflit entre la préfecture et le syndicat médical. Le préfet usa d'intimidation et menaça le bureau du syndicat de poursuites correctionnelles et annonça son intention de faire dissoudre le syndicat par autorité de justice.

Emus à juste titre, les médecins syndiqués de la Somme demandèrent une consultation juridique à un des maîtres du barreau de Paris, qui,à ses moments perdus, est ministre, ou député très influent. Cet avocat donna sa consultation, dans laquelle les préoccupations politiques l'emportaient et il conclut en conseillant au syndicat de se dissoudre et de se transformer en association sous l'empire de la loi du 1er juillet 1901.

L'Union professionnelle des médecins de la Somme fut donc fondée. Mais, pouvait-elle répondre aux besoins de défense professionnelle? Autrement dit et c'est le problème que nos confrères nous demandèrent de venir résoudre à Amiens, une association (loi de 1901) peut-elle faire de la défense corporative ? Ce faisant, ne tourne-t-elle pas le loi sur les syndicats professionnels ? Cette situation ne peut-elle pas être paralysante, en cas d'hostilités, sur la question de l'assistance médicale gratuite ?

Notre réponse, au cours de la causerie que nous fîmes devant une cinquantaine de médecins, s'appuya surtout sur les arguments que nous avons développés dans l'article que nous avons publié dans le *Concours* 1913, nº 1, p. 33 : « Sur quelles bases légales constituer les groupes médicaux de défense professionnelle et leur Union? »

Nous avons passé en revue les utilités et les inconvénients des associations qui peuvent se fonder sous l'empire des lois du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, du 30 nov. 1892, sur l'exercice de la médecine, du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels et du 1er juillet 1901 sur les associations.

Nous avons conclu, d'une façon très nette, en nous appuyant sur les lois et la jurisprudence, que seuls les syndicats médicaux pouvaient être la forme légale de nos associations de défense professionnelle.

En effet, nous avons éliminé d'emblée les sociétés mutuelles, qui, comme nos associations locales et notre grande Association générale, sont soumises à la loi du 1er avril 1898.L'article 1er de cette loi indique d'une façon précise quels sont les seuls buts de ces groupes : la mutualité et la bienfaisance. Par conséquent, l'aide et la protection que les adhérents médecins peuvent en attendre sont limitées par le seul but de mutualité qu'a imposé le législateur.D'autant qu'un arrêt du Conseil d'Etat, du 10 novembre 1911, est venu interdire au bureau d'une société mutuelle d'ester en justice pour la défense des intérêts professionnels. Par suite, aucune société mutuelle ne peut détourner quoi que ce soit de ses ressources, de ses cotisations, pour tout autre but que la mutualité et la bienfaisance.

Nous avons ensuite comparé les deux lois de 1884, sur les syndicats, et de 1901, sur les associations. Nous avons démontré que si, en apparence, la loi sur les associations est plus vague pour la formule du but de l'association que ne l'est la loi sur les syndicats, elle est autrement dangereuse et restrictive que cette dernière.

Une association peut se fonder pour n'importe quel objet,pourvu qu'il n'y ait pas de bénéfices à mettre en partage, ou que le but ne soit contraire ni aux lois ni aux bonnes mœurs. Au contraire, un syndicat ne peut avoir qu'un seul objet : la défense des intérêts corporatifs.

Mais les formalités de déclaration d'une association sont plus compliquées que celles nécessitées pour la formation d'un syndicat. D'autre part, un syndicat peut plus aisément posséder, pour donner à ses membres des améliorations professionnelles, ce que ne peut pas toujours faire facilement une association.

N'oublions pas enfin que le dernier article de la loi sur les associations stipule qu'il n'est en rien dérogé aux lois sur les syndicats professionnels, ce qui veut dire que le législateur de 1901 n'a pas voulu qu'on puisse se servir de la législation nouvelle pour tourner la loi de 1884.

Nous en concluons que le Parlement a baptisé du nom de syndicat toute association fondée dans le but de la défense corporative et qu'il ne connaît que les syndicats comme étant les représentants des intérêts d'une profession, ou d'un genre de métier. La meilleure preuve, c'est que seuls les syndicats médicaux, et non les associations médicales, ont été appelés à élire le représentant du corps médical au conseil supérieur de la Mutualité ; seuls les syndicats médicaux et non les associations désignent au ministre leurs représentants pour la commission de révision du tarif Dubief ; seuls les syndicats médicaux seront consultés pour les questions d'ordre professionnel, en vertu de l'article 6, §§ 6 et 7, de la loi du 21 mars 1884. Il faut donc laisser aux pruderies d'un autre siècle la terreur et le dégoût inspirés par ce qualificatif de syndicat et puisque c'est le législateur lui-même qui a baptisé de ce nom les groupes de défense professionnelle, ne nous arrêtons pas aux mots et fondons les sociétés qui, seules, auront le droit légal de défendre nos intérêts corporatifs, aussi bien en justice que devant les pouvoirs publics.

Mais, nous dira-t-on, les syndicats médicaux sont gênés, dans leur action, par l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892 : ils ne peuvent défendre leurs intérêts contre la commune, le département ou l'Etat.

Erreur. Des termes d'une très intéressante consultation juridique donnée par l'avocat-conseil du « Sou médical », Me Gatineau, il dé-

coule que le législateur de 1892 a voulu nous interdire deux choses : d'abord la *création* de syndicats médicaux, dont le *seul* but serait la lutte contre les pouvoirs publics et, en second lieu, la formation de syndicats de médecins fonctionnaires.

Mais, un syndicat médical régulièrement formé et fonctionnant normalement, ayant inscrit dans ses statuts qu'il poursuivra la défense des intérêts économiques et professionnels des adhérents,pourra parfaitement opposer les prétentions corporatives à l'absolutisme ou à la tyrannie des pouvoirs publics. Le conflit n'a pas encore été porté devant les tribunaux ; mais le « Sou médical » serait désireux de prêter son appui pécuniaire à un syndicat, dont les membres feraient partie de cette Ligue, pour pousser l'affaire jusque devant la Cour suprême et obtenir ainsi un arrêt de la Cour de cassation.

Nous estimons, dans l'espèce de la Somme, que le préfet avait bluffé en menaçant de poursuites correctionnelles les dirigeants du syndicat. Tout d'abord, ces membres du bureau n'encouraient qu'une peine de 16 à 300 francs d'amende ; mais reste à savoir si cette peine aurait été prononcée, car les médecins d'assistance médicale ne sont pas des fonctionnaires et, d'autre part, tout citoyen français a le droit de poursuivre devant les tribunaux de son pays tout dommage à lui causé. Pourquoi un syndicat médical n'aurait-il pas le droit d'user des moyens légaux, c'est-à-dire des tribunaux administratifs, ou du droit de présenter des mémoires au Conseil général, lorsqu'une question professionnelle est en jeu ?

Mais, pourrait-on nous dire, les médecins de la Somme avaient démissionné en masse de leurs fonctions de médecins de l'assistance et, par cette grève médicale, les services publics pouvaient en souffrir.

Il faudrait prouver que les médecins ont agi par ordre du syndicat, et encore ce droit de coalition n'est plus punissable ; par suite tout citoyen peut se démettre de telle fonction qui cesse de lui plaire. Au reste, quelle attitude le gouvernement a-t-il eue en face des grèves de personnes autrement fonctionnarisées que les médecins : les postiers, par exemple ? Les dirigeants ont été révoqués, et plus tard réintégrés. Si les foudres gouvernementales étaient aussi puissantes que le préfet de la Somme voulait bien le dire, on n'en arriverait pas maintenant à tolérer, par la force des choses, des syndicats plus ou moins déguisés de fonctionnaires, qui défendent leurs intérêts contre l'Etat lui-même, dont ils dépendent exclusivement, et à un autre titre que les médecins de l'assistance médicale gratuite.

Aussi, avons-nous démontré à nos auditeurs qu'ils ont eu tort, en 1907, de se laisser influencer par les menaces du préfet et par les conclusions juridiques d'un consultant qui est plus homme politique qu'avocat.

Au reste, la loi de 1884 indique les cas très limités dans lesquels une décision de justice pourrait prononcer la dissolution d'un syndicat, alors que l'article 2 de la loi de 1901 donne au gouvernement le droit de dissoudre, sans intervention d'un tribunal, toute association dont les agissements seraient de nature, soit à fausser les conditions normales du marché des valeurs ou des marchandises, soit à menacer la sureté intérieure ou extérieure de l'état.

Grâce au vague voulu de cette formule, une association professionnelle médicale serait vite dissoute par arrêté ministériel, le jour où elle gênerait tant soit peu l'autoritarisme d'un préfet.

Allant même plus loin, nos confrères de la Somme avaient voulu poursuivre un cas d'exercice illégal par leur Union professionnelle. Or, les syndicats n'ont fait consacrer qu'en 1913, par la Cour de cassation, toutes Chambres réunies, leur droit de poursuivre quiconque portait atteinte au libre exercice normal d'une profession. Ce droit syndical ne peut pas être conféré à une association, qui n'est pas soumise à la loi de 1884, et par suite, l'Union professionnelle des médecins de la Somme était mal fondée dans sa poursuite contre l'illégal en question.

Nous avons donc conseillé à nos confrères de fonder, le plus tôt possible, un syndicat des médecins de la Somme, syndicat qui s'entendrait avec le syndicat d'Abbeville, pour discuter des questions professionnelles d'ordre départemental.

Séance tenante, la création du syndicat fut votée par l'assemblée, qui nomma, comme bureau provisoire, le bureau actuel de l'Union professionnelle. A une réunion ultérieure, 22 mars prochain, les statuts, genre Versailles, seront discutés, ainsi que l'adhésion à l'Union des Syndicats médicaux.

Une assemblée générale extraordinaire va être convoquée à l'effet de dissoudre l'Union professionnelle, pour attribuer ses fonds au syndicat nouveau-né.

Et rentrés dans la légalité de défense professionnelle, nos confrères vont reprendre la lutte.

D'autant que quelques-uns, ayant déjà usé des bons offices du « Sou médical », ayant été défendus moralement et pécuniairement par notre Ligue, engageaient de nombreux confrères à venir parmi nous. « Non seulement chacun de nous serait défendu individuellement, dans tout litige d'ordre corporatif, non seulement nous serions garantis contre la responsabilité professionnelle, ainsi que contre tout procès d'ordre médical quelconque, qui nous serait intenté, ou que nous voudrions intenter, mais encore, si presque tous les membres du syndicat étaient du « Sou », nous pourrions demander à cette

Ligue son appui moral et pécuniaire dans tous les combats syndicaux que nous entreprendrons. Ah ! si en 1907, nous avions été nombreux au « Sou » nous aurions fait trancher notre conflit par le Conseil d'Etat et c'est le « Sou » qui aurait payé les frais ».

Aussi remportons-nous un excellent souvenir de nos confrères de la Somme. Ce sont des combatifs qui ne veulent pas s'incliner devant l'absolutisme gouvernemental. Avec de telles énergies, on fait du bon travail syndicaliste et nos amis vont nous le prouver à brève échéance, Puisse leur exemple être suivi et compris par beaucoup de syndicats médicaux de France.

Dr Paul BOUDIN.

Nous avons le plaisir de publier ci-après la très intéressante consultation de Me Thoyot, avocat-conseil de l'Union professsionnelle de la Somme.

Sous quelle forme légale (syndicat ou association) les médecins ont-ils intérêt à se grouper pour la défense de leurs intérêts professionnels?

En règle générale, des citoyens exerçant la même profession, et voulant s'unir pour la défense de leurs intérêts professionnels et corporatifs, ont tout intérêt à se grouper suivant la forme syndicale plutôt que suivant la forme de la loi de 1901.

Tout d'abord il est à considérer en effet que les formalités imposées par l'article 4 de la loi de 1884 aux syndicats sont infiniment moins compliquées et, par suite, exposent le syndicat à moins de cas de nullité, que celles que doivent remplir les associations constituées suivant la loi de 1901.

En outre, la capacité civile du syndicat est beaucoup plus étendue que celle des associations déclarées et même que celle des associations d'utilité publique.

Les syndicats peuvent acquérir à titre gratuit, recevoir des dons et legs, posséder toutes valeurs mobilières sans restriction, tandis qu'au contraire les associations ne peuent uniquement posséder et administrer que le produit de leurs cotisations.

Les syndicats échappent en outre à la tutelle morale de l'Etat, qui en vertu de l'article 3 de la loi de 1901 s'étend sur les associations. Celles-ci, du fait seul que leur but devient contraire aux lois, que leur tendance menace l'ordre public, peuvent être dissoutes ; les syndicats régulièrement constitués pourront, au contraire, dans la limite de la défense des intérêts professionnels de leurs membres, diriger leur action sous la forme et avec les tendances qui leur conviendront, fûssent-elles contraires aux lois et à l'ordre public. Les syndicats peuvent en outre conclure des contrats collectifs de travail, obligatoires pour les contractants, et ils peuvent en poursuivre en justice l'exécution. Or, il est fort douteux que les Associations jouissent des mêmes droits, en tous cas elles n'en jouiraient que dans des limites beaucoup plus restreintes.

Donc en règle générale, c'est-à-dire pour n'importe quelle profession, il n'est pas discutable que le syndicat offre des avantages sur l'Association tandis que celle-ci n'en offre aucun sur le syndicat.

***

La solution sera-t-elle la même en ce qui concerne les membres du corps médical ?

La situation se présente pour eux en apparence de façon infiniment plus délicate, car ce n'est pas la loi de 1884 qui leur a donné la liberté syndicale ; celle-ci leur fut refusée par la jurisprudence et ce ne fut qu'en 1892 que le législateur par l'article 13 de la loi sur l'exercice de la médecine, leur permit de se syndiquer.

Cet article ne fut d'ailleurs pas voté sans difficultés par le Parlement ; le Gouvernement, en la personne du ministre de l'intérieur, M. Loubet, s'est refusé à donner aux médecins la liberté syndicale complète parce que nombre d'entr'eux sont rétribués sur des fonds publics. Ni le gouvernement, ni le parlement n'ont admis que le droit régalien, qui régit toute notre législation, subisse une atteinte aussi grave et qu'il soit permis à des citoyens rétribués par l'Etat, de défendre contre celui-ci leurs droits.

En conséquence, on songea d'abord à exclure du bénéfice de la loi tous les médecins rétribués par l'Etat, les départements et les communes ; M. Loubet admit cependant, d'accord avec la commission, que ce serait dépasser le but poursuivi et qu'il serait inique d'ôter le droit de se syndiquer à des médecins qui recevraient bien quelque indemnité des bureaux de bienfaisance et de l'assistance publique, mais dont la plus grande partie de leurs gains proviendraient d'autre source.

On en arriva ainsi au texte qui fut voté et qui, tout en permettant aux médecins, même rétribués sur des fonds publics, de se syndiquer, leur interdit de défendre leurs intérêts professionnels contre l'Etat, le département ou la commune.

La portée de cette restriction est grande en droit, car elle touche l'objet même du Syndicat, et sa violation expose le Syndicat à la dissolution. Un syndicat de médecins pourra diriger son action dans un sens contraire aux bonnes mœurs, à l'ordre public sans encourir la nullité, parce qu'alors il ne sortira pas de son objet : défense des intérêts professionnels. Qu'il comprenne mal ces intérêts professionnels, que pour les défendre il fasse une œuvre anti-humaine ou antina-

tionale, tant qu'il restera dans le cadre professionnel, pas de dissolution.

Au contraire, il poursuit le relèvement des indemnités accordées par le bureau de bienfaisance, il sort de son objet, car la loi exclut de son objet la défense des intérêts professionnels contre les communes ; il tombera alors sous l'application des articles 13 et 6 de la loi de 1884 et pourra être dissous (1).

***

Si la forme association permettait aux membres du corps médical d'éviter cette prohibition, il y aurait peut-être lieu de la préférer, mais il n'en est rien et aucun doute ne peut subsister sur ce point : l'Association, pas plus que le Syndicat, n'a le droit de défendre les intérêts professionnels de ses membres contre l'Etat.

Tout d'abord il faudrait que l'Association qui entreprendrait cette action ne comprenne que des médecins fonctionnaires, une Association ne peut en effet défendre que les intérêts communs à tous ses membres et est sans qualité pour défendre les intérêts d'une partie seulement de ses membres.

Mais l'Association ainsi constituée serait une association de fonctionnaires et la jurisprudence a rigoureusement limité le champ d'action de telles associations : elles ne peuvent défendre que les intérêts de carrière de leurs membres et veiller à l'application des lois et règlements (Conseil d'Etat 11 décembre 1908, au rapport de M. Tardieu, commissaire du gouvernement ; Cour de cassation, 4 mars 1913). Jamais elles ne peuvent poursuivre la réformation de ces lois et règlements, et le but de l'Association devenant alors contraire aux lois, elle sera frappée de nullité absolue (article 53 de la loi de 1901.)

De plus, la Cour de cassation, statuant sur un pourvoi formé par un syndicat mixte de médecins et de pharmaciens (affaire Coppens) qui se réclamait de la loi de 1901, lui en a refusé le bénéfice par ce motif que les associations professionnelles de médecins ne peuvent se former exclusivement que sous le régime des lois de 1892 et 1884.

Cet arrêt, qui, si on l'applique dans toute sa rigueur, refuse aux médecins le droit de former des associations suivant la loi de 1901 et qui, en tous cas, leur refuse absolument le droit d'esquiver les prohibitions des lois de 1884 et 1892 sous le couvert de celle de 1901, tranche souverainement la question.

(1) Voir dans le *Concours Médical* 1912, p. 1952, une consultation de Me Gatineau concluant au droit qu'ont les Syndicats médicaux, régulièrement constitués, de défendre les intérêts professionnels contre l'Etat, le département, ou la commune. N.D.L.R

La loi de 1901 n'offre donc ici non plus aucun avantage. Pas plus les médecins que les membres des autres professions n'ont intérêt à se soumettre à cette loi qui n'a fait d'ailleurs qu'accorder à ceux qui n'ont pas le droit de se syndiquer la faculté de former des syndicats à capacité limitée et à force d'action infiniment moindre

Il convient de remarquer en outre que jamais aucun Syndicat de médecins n'a été dissous pour avoir défendu ses intérêts professionnel contre l'Etat, ce qui a dû se produire, et aussi que bien souvent les syndicats pourront, tout en restant dans le cadre de la loi, parvenir à faire auprès de l'Etat ou du département une action fructueuse

Me Thoyot,
Avocat à la Cour d'Appel d'Amiens,
Conseil de l'Union professionnelle
es médecins de la Somme.

REPORTAGE MÉDICAL

— Le vaccin de la constipation. — Nous recevons d'un de nos abonnés la « perle » suivante, selon sa propre expression, recueillie textuellement dans le *Journal du Lot* du 3 octobre 1913 :

Mardi, à l'arrivée du rapide de Bordeaux, une centaine de médecins, de pharmaciens et de vétérinaires se pressaient sur le quai de la gare pour saluer M. le Dr ... (de Bordeaux) et le féliciter de sa belle découverte du vaccin de la consstipation. Hâtivement, l'éminent président de la Société internationale du cancer serre aimablement la main à tous, donne quelques explications sur la découverte et s'en va rapidement à l'hôtel Capoul. A tous, il montre combien est simple l'application du vaccin.« Il est bien rare, dit-il, qu'une seule vaccination ne suffise pas à guérir pour toute la vie. »

Le soir, à huit heures, un banquet était offert à l'illustre savant ; une jeune fille vint lui apporter une magnifique gerbe de fleurs et de lauriers. Modestement, le docteur exposa ensuite, en détail, ses récentes découvertes, sa théorie des ferments colloïdaux, ses vues personnelles sur la guérison de la tuberculose et du cancer. « Enfin, dit-il, Messieurs, et c'est une bonne nouvelle, vous pouvez dire à vos malades que nous pouvons maintenant guérir en dix minutes la blennorragie la plus aiguë et les vieux écoulements les plus rebelles. »

Le nom du docteur est cité en toutes lettres, mais il est trop question de sa modestie pour que nous ne la respections pas plus scrupuleusement que le journal.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Comment on paie les médecins de l'A. M. G.

Les mandats pour l'assistance médicale doivent, d'après le règlement établi, être payés pour le 20 février suivant. Or, régulièrement tous les ans, le 21, les médecins reçoivent une circulaire les informant que, les crédits étant épuisés, le montant qui leur est dû sera mandaté après approbation du nouveau budget, ce qui les ramène en octobre, soit 8 mois de retard. Certains médecins n'ont pas encore touché leur mémoire de 1913 : c'est très agréable.

Lorsqu'on cause dans les Syndicats, on étudie la question plus ou moins, mais en tous cas les Syndicats n'ont jamais protesté. Maintenant que les tarifs viennent d'être relevés, ce serait le cas de protester énergiquement, car sûrement cette manière de procéder ne doit pas être légale.

Réponse.

C'est évidemment regrettable. Mais cela se passe ainsi partout. Tous les mémoires qui n'ont pu être mandatés avant le 31 janvier, pour une cause ou pour une autre, sont forcément imputés sur le budget additionnel voté par le conseil général à sa session d'avril ; ce budget doit être approuvé par le ministère de l'intérieur ; il revient dans les préfectures en juillet et les paiements peuvent être faits à partir de ce moment.

Certificats d'assurances sur la vie. Fausses déclarations. Secret professionnel.

Je demande au *Concours médical* de faire une critique très détaillée du jugement que j'ai découpé dans un journal politique, relativement au secret professionnel.

Cela présente, je crois, un intérêt considérable pour les praticiens et mérite d'être approfondi.

Un médecin peut-il se considérer comme dégagé du secret professionnel vis-à-vis du client par les termes d'un contrat que celui-ci a signé avec une compagnie d'assurances ?

La compagnie d'assurances peut-elle demander l'annulation du contrat si un certificat du médecin établit que l'assuré avait fait une déclaration inexacte ?

Telles étaient les deux questions intéressantes, à plus d'un point, qui étaient posées devant les magistrats de la troisième chambre du tribunal civil, à raison des faits suivants :

Le 2 décembre 1910, M. Girard remettait à une compagnie américaine une proposition d'assurance sur la vie de M. Pernette Louis, pour la somme de 85.000 fr. payable au demandeur au décès de l'assuré.

Au cours de la visite médicale qu'il subit, M. Pernette déclara qu'il était en parfait état de santé et que, depuis 4 ans, il n'avait pas eu à consulter un médecin, sinon pour une assez forte grippe.

Aux termes du contrat, il s'est engagé à ne rien dissimuler de ses antécédents pathologiques, sous peine d'annulation du contrat, et il autorisait la société à prendre des renseignements auprès de son médecin.

M. Pernette mourait le 1er décembre 1912 et M. Girard mettait la compagnie en demeure de lui verser la somme de 85.000 francs stipulée.

La compagnie excipa, pour refuser tout versement, d'un certificat délivré « post mortem » par le médecin habituel de M. Pernette. Ce médecin attestait que son client avait souffert d'une crise d'appendicite dont il avait été guéri, après opération, à une époque très voisine de celle où fut signé le contrat d'assurance.

Le différend fut porté devant la troisième chambre du tribunal civil, où M. Girard demandait qu'il ne fût point tenu compte d'un certificat délivré au mépris des règles du « secret professionnel ».

— L'obligation du secret imposé au médecin, a déclaré le tribunal, est fondée sur la nécessité à la fois de respecter les droits et intérêts des malades et de garantir l'exercice régulier et la dignité de la profession médicale. En conséquence, le malade a le droit de relever le médecin du secret professionnel, et celui-ci est alors libre d'apprécier s'il peut en conscience, et sans compromettre les intérêts de son client et de sa profession, user de l'autorisation qui lui est donnée.

Considérant que si le médecin, dans son certificat, n'a pas visé l'autorisation qui le déliait, celle-ci n'en existait pas moins en fait, le tribunal a décidé qu'il ne pouvait rejeter le document versé aux débats par la compagnie.

Sur le fond, attendu que ce document établit des réticences ou de fausses déclarations de la part de M. Pernette, les magistrats ont annulé le contrat du 2 décembre 1910 et condamné M. Girard aux dépens.

(*Eclair*, 14 mars 1914.)

Réponse.

Nous croyons devoir discuter deux points : la question du secret professionnel, pour le médecin traitant, et l'ambiguïté du mot « réticences » inclus dans toute police d'assurance, en vue d'une annulation possible.

La compagnie d'assurances prétend qu'elle peut faire état de tout renseignement, même confidentiel. Elle va même plus loin, si on en croit le *Journal* du 14 mars, qui lui aussi relate ce jugement, puisque nous lisons ceci :

A cela, la compagnie répliquait que M. Pernette était libre de relever son docteur du secret professionnel et qu'il l'avait fait implicitement, en souscrivant la police, où il avait autorisé le docteur de la compagnie à prendre des renseignements auprès de tous les médecins qui l'avaient soigné, et qu'il avait par avance autorisés à fournir sans réserve tous les renseignements le concernant.

C'est à la thèse de la compagnie, présentée par Me Guérin et que contredisait Me Le Barazer, que le tribunal s'est rangé.

Attendu que du fait de Pernette, la compagnie n'a pas été à même d'apprécier toutes les conditions du risque auquel elle s'exposait en acceptant les propositions d'assurance ; que par suite Girard ne peut se soustraire à la clause de déchéance inscrite dans la police et qui n'est que la mise en œuvre des principes du droit civil.

Or, il faut bien distinguer les situations respectives des deux médecins qui sont ici mis en cause :

Le médecin examinateur de la compagnie d'assurances est chargé d'examiner le candidat, de l'interroger, de surprendre et de noter toute contradiction. Au besoin, il se renseignera à l'insu du candidat : bref, représentant les intérêts de la compagnie, ce médecin examinateur n'est pas lié par le secret professionnel envers le candidat, dont il ne doit jamais avoir été le médecin traitant : il n'est que l'homme de l'art représentant les intérêts d'un contractant, en l'espèce la compagnie d'assurances.

Au contraire, le médecin traitant du candidat est lié envers ce dernier par l'absolutisme du secret professsionnel. Il doit taire tout ce qu'il a appris au cours des soins qu'il a été appelé à donner.

Nous allons même plus loin et disons que la thèse soutenue par l'assurance est inadmissible : ce n'est pas parce qu'un homme souscrit une police d'assurance qu'il délie implicitement du secret professionnel tous les médecins qui l'ont soigné et qu'il autorise le médecin examinateur, représentant les intérets de la compagnie, à faire subir un interrogatoire à ses confrères.

Consacrer pareille théorie serait transformer les agents et médecins d'assurances en véritables juges d'instruction, qui, sous le prétexte d'une proposition d'assurances, auraient le droit d'enquêter et même d'interroger toute personne, même liée par le secret professionnel. Quelle inquisition intolérable, sous le couvert de la protection d'intérêts financiers (ceux de l'assurance, s'entend).

Nous affirmons : 1° que jamais un médecin traitant ne peut être l'examinateur d'un de ses clients, pour le compte d'une assurance. Il est, avant tout, lié par le secret professionnel envers son ancien malade et ne peut, par conséquent, révéler à un tiers, fût-ce même une assurance, tout ou partie de ce qu'il a appris au cours de ses visites médicales antérieures. Un praticien qui se trouverait en pareille situation n'aurait qu'à décliner l'offre que lui fait l'assurance d'examiner, pour elle, M. X., son client.

2° A plus forte raison, un docteur qui se verait interrogé par un médecin examinate ur d'assurance, à l'effet de dire si M. X., qu'il a soigné, a eu telle ou telle maladie, n'aura qu'à répondre poliment, mais d'une manière très ferme, que personne, pas même son client, ne peut le délier du secret professionnel.

Au médecin examinateur de faire un examen sérieux et approfondi du malade et de savoir l'interroger médicalement, pour se faire une opinion, qu'il communiquera ensuite à ses mandants, les assureurs.

***

En second lieu, nous relevons une fois de plus le danger des clauses insérées, comme moyen de défense, dans les polices d'assurances : « toute réticence est motif à annulation de la présente police ».

Dans le cas présent, si nous en croyons le *Journal*, le malade est mort de fièvre typhoïde.

M. Pernette mourut, il est vrai, de la fièvre typhoïde, mais cela n'empêche pas que ce contrat de bonne foi, dont la police prévoyait ce cas de nullité, ne doive être considéré comme annulable.

M. Girard répondait en soutenant la bonne foi de M. Pernette, auquel les docteurs avaient dû cacher la gravité de sa crise d'appendicite, et en alléguant de plus que la compagnie ne pouvait se prévaloir des documents qu'elle avait et qui allaient à l'encontre du secret professionnel.

Néanmoins, l'assurance prend prétexte qu'elle a été induite en erreur et qu'elle n'aurait peut-être pas accepté le risque, si elle avait connu la crise antérieure d'appendicite.

Nous admettons que si l'assuré était mort d'une nouvelle attaque appendiculaire, les arguments de l'assurance étaient fondés ; mais le décès eut lieu à la suite d'une dothiénenterie. Nous ne voyons pas de relation de cause à effet entre les deux affections.

Devrions-nous en conclure que la clause des « réticences » est une épée de Damoclès suspendue sur la tête des assurés, ou plutôt sur celle des héritiers ou des bénéficiaires de la police d'assurance ? Si oui, bien difficile sera de faire la preuve que le défunt avait été de bonne foi : s'il a une syphilis ignorée, on lui reprochera de ne pas avoir fait le Wassermann ou si celui-ci a été négatif, on lui reprochera d'avoir pris un traitement spécifique quelque temps auparavant pour fausser la réaction.

Où allons-nous ?



Trente-sixième année. N° 13 Dimanche 29 Mars 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La question des concours en médecine.

Lorsqu'il y a quelques années, les Congrès des Praticiens condamnèrent par trois fois le concours et l'institution de l'Agrégation, quand nous nous élevâmes, nous et beaucoup d'autres, dans ces colonnes et ailleurs, contre les mœurs singulières des jurys et des candidats qui font de l'institution actuelle des concours en médecine une indigne parodie de la justice, quand nous eûmes démontré par une campagne dans la grande presse, avec l'appui de maîtres tels que Huchard, de l'Académie de médecine ; Roux, de l'Institut Pasteur ; Ranvier, du Collège de France ; Variot, Hirtz, Rist, des hôpitaux de Paris, et beaucoup d'autres, — que l'organisation actuelle stérilise les jeunes médecins laborieux et intelligents en les obligeant, pour arriver, à un bachotage intensif, à un travail de recherches bibliographiques fastidieux et inutile, les défenseurs de la routine administrative et de l'état de choses établi ne nous comprirent pas..... ou feignirent de ne pas nous comprendre. Sinon nous (car il nous eût été trop facile de démontrer notre absence absolue d'ambition), du moins plusieurs de ceux qui furent les plus actifs champions des campagnes protestataires, furent traités de ratés, d'ambitieux déçus, qui cherchaient à se venger de leurs échecs, et les praticiens qui les secondaient devinrent des jaloux et des envieux atteints de la manie égalitaire. L'éminent professeur de Montpellier, M. Grasset, qui cependant, en maintes circonstances, a su jeter un pont sur le fossé qui sépare les praticiens du milieu médical officiel, trouva même un savant néologisme pour désigner cette soi-disant manie égalitaire, cette prétendue crainte de toute supériorité ; il l'appela l'*anisophobie*, et il consacra à cette question un livre publié en 1911 : *Le milieu médical et la question médico-sociale* (1). Dans ce livre, fort

(1) « Le milieu médical et la question médico-sociale », par le Dr Grasset, 2e édit. (Bernard Grasset, édit., Paris, 61, rue des Saints-Pères. Prix : 2 fr., 1911).

intéressant du reste, où M. le Professeur Grasset se fait trop souvent le très habile avocat d'une bien mauvaise cause, le maître de Montpellier écrit :

« J'ai essayé de le résumer (le projet que M. Grasset prête aux médecins praticiens) dans un projet de loi qu'un grand journal médical et que plusieurs de mes collègues m'ont dissuadé de publier, me disant qu'il serait dangereux parce que beaucoup n'en comprendraient pas l'ironie. »

Voici l'article premier de ce projet à l'ironie si subtile :

Le concours, mode immoral de recrutement condamné par la très grande majorité des médecins, est aboli pour le recrutement du personnel enseignant la médecine et du personnel médico-chirurgical traitant des hôpitaux, sur tout le territoire de la République française.

Depuis, le calme s'est rétabli ; les praticiens qui ont d'autres préccupations et tout d'abord, le souci de gagner leur pain et d'assurer l'existence et l'avenir de leur famille, sans se désintéresser de l'enseignement médical, ont l'attention fixée vers un autre but.

Tout paraissait donc oublié, quand quelqu'un a réveillé la question, et ce quelqu'un n'est certes pas un *anisophobe,* puisque c'est un jeune médecin des hôpitaux de Paris et un agrégé à la Faculté de médecine de Paris, le Dr Léon Bernard, qui, avec une grande indépendance d'idées et une sincérité indiscutable, intente un nouveau procès aux concours médicaux et, par le fait, répond tardivement au Prof. Grasset. Voici l'article que M. le Dr Léon Bernard a écrit dans le no du 7 mars du *Progrès médical* (pages 115 et 116).

Pour l'abolition du concours de médecin des hôpitaux

Il y a quelques mois, un certain nombre de candidats aux hôpitaux demandaient que la Société médicale des hôpitaux voulût bien examiner le sort qui leur était fait par le régime actuel du concours et s'efforçât d'y apporter un remède. A la suite de cette démarche, la Société nomma une commission qui travailla sans relâche, retournant le problème sous toutes ses faces, s'enquérant des desiderata des candidats, s'informant des divers projets proposés, consultant des personnalités compétentes sur les limites juridiques des droits acquis au cours des dernières années par certains candidats.

La discussion, qui régulièrement devait suivre cette laborieuse étude, ayant été, suivant l'expression du Président de la Société médicale des hôpitaux, « étouffée », force est bien de porter le débat devant l'opinion médicale.

La situation en effet est grave. Le concours actuel impose aux candidats un « bachotage » intensif et sans répit ; les jeunes médecins se préparent maintenant aux épreuves du concours des hôpitaux comme naguère ils faisaient pour le concours de l'internat. Dès leur internat d'ailleurs, à coup sûr au lendemain de leur quatrième année, ils font la « question », triturant un programme non défini en morceaux choisis, anthologie médicale arbitraire et factice, dont ils se nourrissent comme les petits enfants des fables, avec un bénéfice d'ailleurs très comparable pour la culture de leur esprit. Beaucoup, pour avoir plus de temps, abandonnent même l'exercice de leur profession ; tous s'interdisent de se livrer à aucune recherche personnelle.

Toute la jeunesse médicale française est, aujourd'hui, suspendue à la connaissance de la « question ».

Le mot est heureusement trouvé pour illustrer la torture.

Mais la torture n'est rien. Si ce doux métier ne devait durer qu'un temps, il ne ferait que laisser le souvenir d'un cauchemar, dont le réveil est compensé par une instruction plus solide et plus étendue. Malheureusement l'inconvénient du système est d'une portée plus haute ; il dépasse le désagrément des candidats ; il atteint la médecine française, — du moins la médecine parisienne, — dans ses forces vives. A l'heure actuelle, en raison de l'encombrement de la carrière, la durée de la période des concours s'allonge progressivement d'année en année ; les candidats sont soumis à cette gymnastique insalubre pendant un temps indéterminé, assez long à coup sûr pour abîmer l'esprit, arrêter son élan, tarir sa fécondité.

La moyenne des étudiants en médecine commence ses études à 18 ans. Un an de P. C. N., une année de médecine avant d'être nommé externe, trois années d'externat avant d'être nommé interne, quatre années d'internat, trois années de service militaire ; nous voici à 30 ans. Il faut actuellement une moyenne de 7 années pour être nommé médecin des hôpitaux : 37 ans ; encore 6 à 7 ans avant d'avoir un service : notre privilégié de la carrière médicale commence sa vie scientifique entre 43 et 46 ans, à l'âge où dans quelques autres métiers, on entrevoit le repos, précurseur de la retraite. Et j'ai raccourci les délais ; j'ai brûlé les étapes. Beaucoup seront nommés plus tard à la tête d'un service, jeunes vieillards fatigués de la longue course qui les a menés tardivement au but, désormais quelque peu dénué d'intérêt.

Et ce sont les heureux. Je ne parle pas des pitoyables collègues qui, eux, ont fourni la même course, accompli le même labeur, — sans bénéfice pour personne, — et qui, n'étant pas nommés, abandonnent en cours de route. Ceux-là n'avaient-ils pas le droit d'être fixés plus tôt sur l'orientation de leur vie ?

Il y a là un état de chose intolérable qui menace grandement la médecine française.

Pendant que nous nous usons à nos « stupides concours », comme l'a écrit le prof. Marie, à l'étranger on travaille. Quel est celui d'entre nous — je parle de ceux qui ont la curiosité de regarder ce qui se passe hors les frontières, et qui ne se satisfont pas dans la contemplation de leur réussite si chèrement acquise — quel est celui qui n'a pas eu l'occasion, voyageant en Amérique ou en Allemagne, de se trouver en présence d'un collègue, à qui l'autorité et le nombre de ses travaux, le renom de sa production scientifique, faisaient présumer une vie déjà longue, et qui au contraire, lui apparaît encore jeune et plein d'avenir ? Cette surprise est moins grande pourtant que celle qu'éprouve le jeune savant étranger lui-même, lorsqu'on lui apprend qu'à son âge, un Français répète chaque année, en vue de sa « culture générale », « les « formes cliniques du poumon cardiaque ou l'anato« mie pathologique des phlébites infectieuses ».

Il faut avoir été exposé à de pareilles rencontres pour sentir tout ce que notre situation a d'humiliant et de périlleux.

Si ce régime persiste une vingtaine d'années, c'en est fait de la médecine parisienne. Il serait hors de propos d'insister sur l'infériorité de nos installations et de notre outillage en comparaison de l'étranger. Nous ne vivons encore que grâce à la valeur des individus. Si on la détruit, insidieusement mais sûrement ; si on la soumet trop longtemps à ce régime débilitant et stérilisant, nous n'existerons plus.

Que faire ? N'importe quoi, plutôt que de conserver l'organisation néfaste actuelle.

Les réformes ne sont pas d'une réalisation facile. Nous sommes quelques-uns à avoir consacré toute notre bonne volonté à étudier le problème ; celui-ci est si complexe, si malaisé à résoudre, qu'on ne peut, je le crois, aboutir qu'à des systèmes bâtards et défectueux. C'est ce qui est arrivé d'ailleurs, puisque depuis quelques années toutes les modifications qui ont été successivement introduites dans le concours n'ont fait qu'aggraver le mal et susciter des réclamations périodiques.

Un seul remède serait possible et efficace, un remède radical, l'abolition du concours. Les esprits sont encore mal préparés à cette éventualité, qui semblera à la plupart révolutionnaire. Il faudra bien y venir pourtant. Une corporation qui, par son ancienneté et sa renommée, s'impose à tous et s'est créée à elle-même des traditions d'honneur et de travail, ne doit plus avoir besoin, pour son recrutement, du filtre du concours, qui, dans l'espèce, *n'est, ne peut être, et ne peut que demeurer une élection déguisée.* Ce déguisement manque de dignité ; un choix discuté et consenti vaut mieux qu'un concours, toujours suspect d'être frelaté parce qu'il tient compte très équitablement des personnalités en présence. A notre sens, le prestige de notre corporation ne pourrait qu'être relevé si les nouveaux membres étaient appelés par les suffrages de leurs pairs. La valeur du titre de professeur a t-elle baissé, l'autorité morale et scientifique de la Faculté a-t-elle souffert, du jour où l'accès des fonctions professorales a été donné à l'élection et non plus au concours? Imaginerait-on même, aujourd'hui, qu'on puisse concourir pour devenir professeur? Et pourtant, cela a été. Pareille évolution se fera nécessairement pour le corps des médecins des hôpitaux. Plaise aux Dieux qu'elle aboutisse assez tôt pour que notre renommée, légitime fierté de la médecine française, ne soit pas entamée.

Dr Léon BERNARD.

Les adversaires du concours de l'agrégation n'ont pas dit autre chose. Les concours en médecine ne sont, ne peuvent être et ne peuvent que demeurer une élection déguisée ; ce déguisement manque de dignité. Une évolution doit se faire. Nous aussi, nous souhaitons qu'elle aboutisse assez tôt pour que la renommée de l'enseignement clinique des hôpitaux parisiens, légitime fierté de la médecine française, ne soit pas entamée.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Laënnec : M. le Professeur LANDOUZY.

Les petits signes en clinique médicale.

De minimis curat medicus.

Lorsque vous examinez un malade, vous cherchez à relever les déviations de l'état normal qu'il peut présenter, déviations que nous appelons les symptômes. Vous cherchez ensuite à réunir, à associer ces symptômes pour en former un ensemble sur lequel se base le diagnostic.

Les symptômes sont quelquefois énormes, considérables, frappant immédiatement l'attention. D'autres fois, ils sont petits, dissimulés, demandent à être recherchés. Il ne faut pas mesurer leur importance à leur grosseur, car certains de ces petits signes offrent un intérêt de

premier ordre, pour le diagnostic et pour le traitement.

Nous avons examiné tout à l'heure dans le service un malade entré hier à l'hôpital. Son exemple est intéressant. En regardant son thorax, on note une différence entre les deux côtés de la poitrine ; on voit une voussure et un petit mouvement d'expansion au niveau du bord droit du sternum. Lorsqu'on applique, doucement et sans appuyer, la main sur la voussure, on a la même sensation d'expansion. A l'auscultation, on entend à cet endroit un double battement, comme si l'on avait le cœur sous l'oreille : il semble qu'il y ait deux cœurs dans la poitrine. Par cet ensemble symptomatologique, nous sommes arrivés à déduire qu'il existait là une dilatation de l'aorte. Mais ce n'est pas tout. Le patient présente, en même temps, à la commissure labiale, un aspect particulier de la muqueuse : celle-ci, au lieu d'être rose, offre une teinte blanchâtre, pelure d'oignon. Il y a, en d'autres termes, de la leucoplasie commissurale, à droite.

Chez ce malade, la série des gros symptômes (voussure thoracique avec mouvements d'expansion, foyer de doubles battements, à compléter par l'épreuve radioscopique), nous a conduits au diagnostic d'ectasie aortique, peut-être d'anévrysme aortique. J'ouvre une parenthèse pour vous signaler la différence existant entre l'ectasie et l'anévrysme. Dans l'ectasie, l'aorte a subi une augmentation de volume régulière ; le cylindre artériel est devenu un cylindre plus grand, ayant une lumière d'un diamètre de x', supérieur au diamètre antérieur de x. Dans l'anévrysme, au lieu d'un développement cylindrique, on trouve une poche adventice accolée à l'une des parois de l'artère et communiquant avec celle-ci plus ou moins largement.

Si la constatation des gros symptômes a fixé notre diagnostic anatomique, la découverte du petit signe qu'est la leucoplasie commissurale a été non moins utile pour le diagnostic étiologique et les conséquences thérapeutiques qui s'ensuivent. La leucoplasie commissurale, je vous le dirai, est un stigmate de syphilis. D'ailleurs, bien que cet homme n'ait aucun souvenir d'accidents spécifiques antérieurs, nous devions penser à la syphilis, du fait même de l'ectasie aortique. De par la pathologie générale et l'anatomie pathologique, la syphilis est, de toutes les causes d'ectasie aortique, celle de beaucoup la plus fréquente. Nous savons, comme confirmation, qu'un Wassermann, fait chez ce sujet il y a trois mois, a été trouvé positif.

Ne jugez donc pas les symptômes d'après leur grosseur, leur énormité. Petits ou grands, ils conservent leur valeur. La leucoplasie commissurale est un petit signe auquel les malades n'attachent généralement pas d'intérêt. Si vous le recherchez, sa constatation pourra vous mettre sur la voie d'une syphilis niée, de bonne ou de mauvaise foi. En assurant un diagnostic incertain, vous serez utile au patient et à vous-même. On dira de vous que vous êtes un praticien avisé, que vous avez du « flair », qualité qui s'acquiert en aiguisant ses sens, par leur éducation au lit du malade.

Il n'y a pas, en médecine, de petites choses. Transposant le *de minimis non curat prætor* des anciens, je dirai volontiers : *De minimis curat medicus.* Le médecin ne saurait négliger les petits faits. Un autre de ces *minimis* est le phénomène que j'ai décrit sous le nom de camptodactylie et dont j'aurai occasion de vous reparler. La camptodactylie (terme qui veut dire : doigt courbe) consiste en ceci : alors que, normalement, nous avons la possibilité de pouvoir appuyer la main entièrement sur une surface plane, sur une table par exemple, sans laisser d'intervalle entre cette main, le doigts, et la table, — dans la camptodactylie, l'auriculaire et un peu l'annulaire sont relevés, incurvés, laissant un tunnel entre eux et le plan sous-jacent, tunnel impossible à effacer. L'incurvation digitale a une géographie constante et porte sur les mêmes doigts. L'individu camptodactyle ne l'est jamais ni du pouce, ni de l'index, ni du médius. L'affection intéresse le domaine du cubital exclusivement, l'annulaire et l'auriculaire.

La camptodactylie est un phénomène assez commun, auquel le malade n'attache guère d'importance. Il en a, cependant, pour le médecin, car il dénonce un tempérament, une notion humorale. Il dénote le tempérament arthritique, qui va se retrouver durant toute la vie du sujet, jouer un rôle au point de vue psychique, moral, au point de vue des réactions aux infections, aux intoxications. Je ne veux pas dire, je ne prétends pas qu'il n'existe pas d'arthritisme sans camptodactylie. Certes non, et je connais des arthritiques de « marque » qui ne sont pas camptodactyliques. Mais, je considère qu'il y a là un signe précis de ce tempérament, un petit signe encore que je vous conseille de retenir. On a voulu dernièrement englober la camptodactylie dans le rhumatisme tuberculeux. Elle ne lui appartient pas.

Je reviens à la leucoplasie commissurale. Ceux d'entre vous qui suivent le service depuis quelque temps m'en ont souvent entendu parler. Ce matin encore, vous m'avez vu la rechercher. J'examine les commissures labiales comme je regarde la langue. On regardait beaucoup la langue autrefois ; on la regarde moins aujourd'hui, à tort d'ailleurs. L'examen de la langue, l'appréciation de son état saburral, de sa platitude, de ses mouvements fibrillaires, n'ont rien perdu de leur valeur. De ce que nous avons dans le laboratoire une prolonge de nos sens, on y va de suite. Eh bien, ne méritez pas l'épithète de clinicien de laboratoire. Le médecin doit être *cli*

nicien, et c'est tout. Parler de laboratoire veut dire ceci : que grâce à certaines techniques, nous avons ajouté aux anciennes manières cliniques des manières nouvelles. Quand nous examinons des produits pathologiques au microscope, par exemple, nous les regardons microscopiquement au lieu de les regarder macroscopiquement. C'est le même examen qui se poursuit avec un jeu de lentilles grossissantes. Vous avez dans un crachoir une expectoration composée de crachats collants, striés de sang, couleur sucre d'orge. La vieille médecine disait : « Cela, c'est de l'expectoration pneumonique. » Aujourd'hui, le microscope nous montre dans ces crachats des pneumocoques avec leurs caractères spéciaux. Vous pouvez aller plus loin, rechercher le pneumocoque dans le sang, ou encore produire la synthèse de la maladie en inoculant des crachats à une souris chez laquelle vous verrez se développer après 24, 36 heures une infection sanguine à pneumocoques. Dans ces diverses épreuves, vous n'avez fait que de la clinique, avec l'œil, avec l'œil armé d'un microscope, avec l'inoculation. Les nouvelles méthodes viennent ainsi compléter, confirmer, les anciennes.

Prenons l'examen du pouls. Nos anciens, qui n'avaient pas d'appareils enregistreurs autres que leurs doigts, étaient des virtuoses dans l'examen du pouls. En contrôlant avec le sphygmomanomètre de Potain ou l'oscillomètre Pachon, les sensations perçues par les doigts, on arrive à faire son éducation digitale. Le laboratoire ici n'est qu'une prolonge du sens tactile. De même pour la thermométrie. De même pour l'usage, plus banal, de la montre. Quand vous vous servez du thermomètre ou de la montre pour contrôler vos impressions, vous faites du laboratoire. Vous n'êtes pas des savants de laboratoire pour cela, mais des cliniciens. Quand vous prenez un exsudat pathologique, que vous le portez sur un milieu de culture et que vous regardez le lendemain ce qui a poussé, vous amplifiez simplement ce que vous faites lorsque vous examinez une gorge suspecte de diphtérie, plusieurs jours de suite. Les appareils, les méthodes de laboratoire ne sont que des multiplicateurs, des prolonges des sens ; ils donnent un œil « grossi ».

Il n'y a pas deux manières de faire de la médecine ; le laboratoire permet de la faire plus complètement et c'est à ce titre que le médecin doit y avoir recours. Celui qui se sert de tous les moyens d'investigation dont il peut disposer a des chances d'être plus exact dans son diagnostic ; mais il faut ranger le laboratoire dans la clinique.

Chez notre malade à l'ectasie aortique, aux symptômes constatés par la vue, le palper, l'auscultation, nous avons joints, pour être complets comme nous devions l'être, les données de la radioscopie et du Wassermann. Peut-être demain, aurons-nous autre chose à ajouter à cet ensemble de moyens de diagnostic.

Mais, me voici éloigné un peu de la leucoplasie commissurale. J'y reviens. Leucoplasie veut dire blanc ; ce sont des taches blanches. On les a observées depuis longtemps sur la langue où elles forment alors une manière de glacis, souvent associé à des fissures. Ce n'est pas de cette leucoplasie linguale dont je veux parler. Sa fréquence et conséquemment son importance ne sont que peu de chose, comparées à la fréquence et à l'importance de la leucoplasie des commissures. On a donné à cette leucoplasie commissurale le nom de plaques des fumeurs, l'attribuant au contact de la cigarette ou du tuyau de pipe. Je ne nie pas que ces plaques se voient chez les fumeurs, mais je dis que le tabac n'est ici qu'une cause occasionnelle. On arrive à la leucoplasie commissurale par la syphilis seule ; on y arrive plus vite par la syphilis associée au tabac.

Vous ne verrez pas la leucoplasie au début de la syphilis, dans les premières années. Elle se produit plus tard et se trouve précipitée par le tabac. Je crois que peu de fumeurs syphilitiques échappent à la leucoplasie commissurale. J'en connais cependant — *rari nantes* — qui n'en sont pas atteints. En règle générale, toutes les fois où vous êtes en présence d'une leucoplasie commissurale, s'il n'y a pas à son origine une brûlure, une cautérisation au nitrate, si, en un mot, elle n'est pas accidentelle et dure depuis des mois ou des années, vous devez conclure à la syphilis. La plaque leucoplasique a, dans ce cas la valeur, d'un signe d'Argyll. Cette valeur, je l'ai contrôlée depuis quinze ans. Je vous l'ai montrée chez notre malade de tout à l'heure, appuyée par le Wassermann, par nos connaissances de pathologie générale en matière d'ectasie aorti

J'ai coutume de rechercher la leucoplasie commissurale d'une manière pour ainsi dire spontanée, réflexe, comme on prend le pouls d'un malade. Il y a quatre jours, j'étais consulté par une personne qui se plaignait de troubles oculaires. Avant de l'adresser à un ophtalmologiste, je l'examinai et, ne manquant pas l'occasion de regarder les commissures labiales, je notai une leucoplasie. Mon diagnostic étiologique était fait. M. de Lapersonne constata chez le patient des altérations spécifiques de l'œil, un signe d'Argyll-Robertson. Le Wassermann était positif.

Je vous disais que la cause précipitante de la leucoplasie est le tabac. Cette cause n'est pas nécessaire, car on voit la leucoplasie chez des hommes n'ayant jamais fumé, et aussi chez des femmes. Ceci n'enlève pas au tabac son importance comme cause occasionnelle.

J'ai pu, dans une série de cas, faire le diagnostic de la syphilis par ce petit signe, et je pourrais vous raconter bien des histoires instructives à ce propos. Un des cas les plus typiques est celui d'un

malade de 40 ans, peintre en bâtiments, qui entra à l'hôpital dans le coma. Nous ne possédions sur lui aucun renseignement. Il était impossible d'examiner sa bouche ; nous pouvions seulement écarter la commissure où nous constatâmes de la leucoplasie. Le patient mourut le 3e jour, et, à l'autopsie, on trouva une méningo-encéphalite autour d'un syphilome.

Autre exemple : Il concerne une jeune femme que j'eus à soigner à ma consultation. Cette malade fut considérée, d'abord, comme atteinte de lésions bacillaires des sommets. Puis, des douleurs étant apparues dans le coude gauche, avec incapacité de mouvoir l'articulation, on la traita comme rhumatisante par des médications variées, et elle fit deux saisons thermales, sans aucune amélioration. Appelé à l'examiner, je regardai la bouche, les commissures labiales, suivant mon habitude, déjà ancienne à cette époque. Je fus frappé de constater une leucoplasie nette. La malade ne fumait pas, d'ailleurs. Après avoir noté l'échec de toute thérapeutique et des cures thermales, je pris sur moi de conseiller le traitement spécifique, m'appuyant sur la leucoplasie commissurale. Je fus reçu, vous le pensez bien, très malencontreusement. En raison de mon insistance, le traitement fut fait, néanmoins, sous forme de frictions mercurielles et d'iodure de potassium. En quatre mois, le coude redevint mobile, et la malade put reprendre son existence normale arrêtée depuis cinq ans, malgré toutes les thérapeutiques employées antérieurement.

Il me serait loisible de vous citer nombre d'exemples analogues. Demain, à ma consultation, parmi les personnes qui viendront me demander conseil pour une affection quelconque, du rein, de l'aorte, du système nerveux, je retrouverai certainement des leucoplasiques. Il se passera ce qui se passe tous les jours, ce qui s'est passé hier où, sur cinq sujets atteints de maladies chroniques, j'ai vu deux leucoplasiques des commissures.

Je terminerai par une dernière histoire, qui est une observation de clientèle bien vécue. J'étais consulté, il y a sept ou huit ans, par un malade atteint de douleurs cubitales intenses entravant gravement les fonctions du membre supérieur. Il avait suivi sans succès différents traitements. Je l'examinai de tous côtés, sans rien trouver. Rien dans les urines, pas de sucre en particulier. Pas de paludisme, pas d'antécédents syphilitiques. Le patient était marié, père de deux enfants bien portants. Après trois quarts d'heure de recherches, je ne constatai rien, en dehors de deux plaques de leucoplasie commissurale. Pensant à une détermination spécifique, je fis connaître mon diagnostic, en ayant soin de l'entourer de toutes les circonlocutions possibles. Ce monsieur le prit de très haut vis-à-vis de moi, se fâcha et se retira de fort méchante humeur. Le lendemain, il alla consulter un de mes collègues, professeur de clinique médicale, qui émit la même opinion. Nous n'avions pas à cette époque le Wassermann. Le malade, après avoir exhalé sa colère une seconde fois, rentra chez lui et raconta à un de ses amis, en termes irrités, l'histoire de ses deux consultations. L'ami lui répondit : « Moi aussi, j'ai été dans ce cas-là ; moi aussi je suis allé voir M. Landouzy : j'ai suivi le traitement et j'ai parfaitement guéri. » Peu convaincu, mais encouragé, le malade fit une cure spécifique. Rapidement, les troubles rebelles dont il se plaignait disparurent. Inutile d'ajouter qu'il oublia toujours .... de m'en remercier !

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Chirurgie des valvules du cœur. — Injections arachnoïdiennes de sérum salvarsiné. — Voies d'infection endo-cranienne dans les sinusites suppurées. — Ossification des artères. — Nécessité de doses suffisantes d'émétine dans le traitement des accidents dysentériques.

M. TUFFIER lit à l'*Académie de médecine* un mémoire sur la *chirurgie des valvules du cœur.*

M. Tuffier a pratiqué, au mois d'octobre dernier, lors d'un voyage en Amérique, une série d'expériences en collaboration avec le Dr Carrel, au Rockfeller Institute. Le but de ces expériences fut de rechercher des procédés capables de remédier à certaines lésions valvulaires du cœur, en particulier aux rétrécissements valvulaires de l'aorte, de l'artère pulmonaire et de la mitrale, qui peuvent (l'anatomie pathologique le démontre) provoquer la mort uniquement par la gêne qu'ils apportent à la circulation.

Le cœur a des régions opératoires maniables, les ventricules, la base de l'aorte et de l'artère pulmonaire, que l'on peut inciser sans danger d'arrêt du cœur. Au contraire, les régions interauriculaires et auriculo-ventriculaires, le faisceau de His, et surtout les coronaires à leur origine constituent des zones dangereuses pour le chirurgien.

Brinton, Leven, Jœger ont pratiqué des valvulotomies internes, en sectionnant à l'aveugle la valvule avec un instrument introduit par l'aorte et le ventricule. M. Tuffier a effectué des valvulotomies externes avec autoplastie. Après arrêt de la circulation générale par pincement des veines caves, il ouvre l'artère et va inciser la valvule. Auparavant, au niveau où va être faite l'ouverture du vaisseau, il coud une pièce carrée (fragment de fémorale conservé en cold-storage), sur trois côtés, le quatrième côté étant cousu après la section valvulaire.

Six animaux ont été ainsi opérés. Deux sont morts, l'un de pénétration d'air dans les artères coronaires. Quatre sont guéris et en bon état deux mois après. On peut espérer que ces données seront applicables à la chirurgie humaine. M. Tuffier a pu déjà pratiquer une exploration d'un rétrécissement grave de l'aorte, et introduire l'index dans l'orifice aortique.

— MM. Marinesco et Minea communiquent à l'*Académie de médecine* une étude sur l'emploi *des injections arachnoïdiennes de sérum salvarsiné « in vitro » dans le tabès et la paralysie générale.*

Ces auteurs pensent que le sérum salvarsiné *in vitro* est plus actif que le sérum salvarsiné *in vivo.* Ils emploient le sérum propre du malade, auquel ils ajoutent une quantité donnée de néosalvarsan et ils injectent ce sérum dans l'arachnoïde spinale et cérébrale. Trente-cinq cas de tabes, paralysie générale, etc., furent traités ainsi. Les résultats obtenus, assez satisfaisants cependant, n'autorisent pas à affirmer la curabilité de la paralysie générale. Toutefois, ils permettent d'espérer qu'une thérapeutique de la maladie prise au début, faisant usage de toutes les voies possibles de pénétration du médicament, pourra donner des effets plus favorables.

— M. Sieur lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *voies suivies par l'infection endo-cranienne, au cours des antrites suppurées de la face.*

M. Sieur rappelle que l'infection, partie des cavités sinusales de la face pour aboutir aux méninges et au cerveau, emprunte deux voies principales :

1° La voie par continuité des lésions, admise par tous les auteurs et considérée comme la plus fréquente :

2° La voie vasculaire, qui n'est encore scientifiquement démontrée que pour les veines.

— MM. Florand et Girault présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un malade offrant une véritable *ossification des artères*, particulièrement des artères radiales.

Les humérales et les fémorales sont moins intéressées : on perçoit le pouls à l'humérale, tandis qu'il ne peut se sentir aux radiales. Il y a un pouls lent permanent (44 pulsations à la minute) et une hypertension artérielle (25 au sphygmomanomètre Pachon).

— M. A. Chauffard insiste à la *Société médicale des hôpitaux* sur la *nécessité d'employer des doses suffisantes d'émétine dans le traitement des accidents dysentériques.*

Il rapporte le cas d'un malade atteint d'état hémoptoïque chronique consécutif à l'ouverture dans les bronches d'un abcès dysentérique du foie. L'état hémoptoïque durait depuis dix-huit mois et avait persisté malgré une intervention chirurgicale et huit injections de 4 centigrammes d'émétine.

M. Chauffard soumit le patient à une cure de six injections de 8 centigr. et de deux injections de 10 centigr. d'émétine, soit en tout 74 centigr. L'expectoration sanglante disparut et le malade peut être considéré comme guéri.

M. Chauffard attribue cet excellent résultat à l'emploi de doses suffisantes de chlorhydrate d'émétine. Quatre centigr. par jour lui paraît dans certains cas une quantité trop faible, qu'il faut élever à 8,10 et même 12 centigrammes.

P. L.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La pneumonie — dans des cas déterminés — doit être considérée comme accident du travail et relever de la loi de 1898-1905 (1).

(*Suite*)

Conclusions.

Nous estimons que les commémoratifs, tant de la famille que du médecin traitant, ainsi que les constatations faites à l'autopsie par le Dr Paul et par nous-mêmes, sont suffisants pour affirmer que G. a succombé à une pleuro-pneumonie d'origine traumatique.

Nous ne voulons pas ajouter cet exemple, quasi typique, à la liste déjà longue des pneumonies traumatiques, sans appuyer notre opinion sur l'avis conforme de plus autorisés.

Le Dr Urmès, de Moyenmoutiers (Vosges), ancien préparateur de médecine légale et lauréat de la Faculté de Nancy, a soutenu, le 23 mars 1901, devant cette Faculté, une brillante thèse sur la pneumonie traumatique.

Dans ce travail de 122 pages, le Dr Urmès a fait un historique complet et sérieusement documenté. Presque tout serait à citer. Nous ne pourrons que résumer son tableau synoptique, en citant les cas qui nous ont paru se rapprocher le plus du cas de G.

Dans ces tableaux, le Dr Urmès a noté 57 cas de pneumonies traumatiques à diagnostic certain. Nous n'avons relevé que les décès, au nombre de vingt-et-un.

Parmi les blessés *guéris, neuf* avaient des fractures de côtes ; *un seul* parmi les *vingt et un cas mortels*, avait eu les côtes brisées.

Cette remarque montre que les traumatismes violents ne sont pas toujours les plus graves.

Les conclusions du Dr Urmès sont que : les contusions du thorax, avec ou sans lésion de la paroi et des poumons, doivent figurer à l'étiologie de la pneumonie.

(1) Voir *Concours médical*, n° 12, 22 mars 1914, p. 738.

AUTEURS OUVRAGES DATES	Antécédents personnels des victimes	Traumatisme Nature et Siège	Lésions pulmonaires Nature et Siège	Date de l'apparition de l'affection pulmonaire	TERMINAISON Résultat d'autopsie
JACKSON. *Canada Med. Journal.* 1852	?	Coups violents sur le côté dr. du thorax.	Pneumonie droite.	3 jours après le traumatisme.	Mort. Abcès pulmonaire à droite.
BÉHIER. *Clinique.* 1864	Alcoolique.	Coups sur le côté droit du thorax.	Pneumonie droite massive.	Pas de frisson fièvre le 3e jour.	Mort un mois après pleur. purulente dr., hépatisat. grise mass. du poumon droit.
HAYEM et GRAUX. *Société anatom.* 1874	Bronchite chronique.	Contusion droite du thorax.	Pneumonie disséquante (?) du poumon droit.	Le 2e jour.	Mort.
PETIT. *Thèse de Paris.* Propositions sur les contus. de la poitrine. 1836	?	Contusion thoracique gauche.	Pneumonie gauche.	2e jour.	Mort. Complicat. Pleurésie purulente à gauche.
FLIEGEL. *Thèse de Montpellier.* De la pneumonie traumatique. 1876	Tuberculose au début.	Coup de pied sur le côté gauche du thorax.	Pneumonie gauche.	Hémoptysie le lendemain.	Mort le 30e jour. Hépatisat. grise du lobe inférieur gauche. Foie et rein gras.
LÉPINE. « *in Lancet* ». 1878	Néant.	Tamponnement. Contusion probable du thorax.	Pneumonie droite.	Le 2e jour.	Mort. Hépatisation rouge à dr. Pleurésie purulente.
CORMACK. *La France médicale.* Pleuro-pneumonie consécutive à un choc sur la paroi costale. 1879	Alcoolique. Pleurésie antérieure.	Chute sur le côté droit.	Pneumonie droite.	Frisson le 2e jour.	Mort subite le 10e jour. Pneumonie. Hépatisation grise à droite, rouge à gauche. Pleurésie séreuse.
CAHEN. De la pneumonie traumatique. 1879	Alcoolique.	Contusion de la partie droite du thorax.	Pneumonie droite.	Frisson le 4e jour.	Mort le 12e jour. Hépatisat. grise du poumon dr.
FOSS. 1882	Alcoolisme.	Chute d'un échafaudage sur le côté droit.	Pneumonie droite.	Frisson 24 heures après.	Mort le 8e jour. Hépatisation rouge à dr., lobe droit du foie déchiré.
LITTEN. Contusions. Pneumonies. Berlin, 1882.	Alcoolisme.	Contusions thoraciques à droite.	Pneumonie droite.	Pas de frisson.	Mort le 12e jour. Hépatisat. grise à droite.
WENDRINER *Thèse de Breslau.* Zür Contusions-pneumonie. 1884	Alcoolisme.	Compression du thorax.	Pneumonie des lobes moyen et inférieur droit.	Frisson le 3e jour.	Mort le 12e jour. Hépatisat. rouge à droite. Endocardite récente d'une valvule aortique.

AUTEURS OUVRAGES DATES	Antécédents personnels des victimes	Traumatisme Nature et Siège	Lésions pulmonaires Nature et Siège	Date de l'apparition de l'affection pulmonaire	TERMINAISON Résultat d'autopsie
KOCH. *Thèse de Munich.* Ueber die Contusions-pneumonie. 1885	Alcoolisme.	Chute sur le côté droit.	Pneumonie des lobes supér. et infér. dr.	Frisson violent le 2e jour.	Mort le 8e jour. Hépatisation grise à dr., rouge à g., foie gras, reins petits, granuleux.
André PETIT. Le microcoque pneumonique et la pneumonie traumatiq. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 1886	Néant.	Contusion de la paroi thoracique droite.	Pneumonie droite.	Epistaxis et frisson 20 h. après.	Mort le 13e jour. Hépatisation grise à dr., foie et reins infectieux.
MURRY. *Revue spéciale de fenatria.* De una périzia per pneumonite contusiva. 1886	Alcoolisme.	Coups de bâton sur la poitrine et l'abdomen.	Pneumonie de la base gauche.	Pas de frisson.	Mort le 11e jour. Hépatisation grise à droite.
JACCOUD. *Semaine médicale* (p. 177). 1889	Néant.	Contusion du thorax.	Pneumonie.	Le 3e jour.	Mort de tuberculose pulmonaire 6 mois après.
PATERSON. Pneumonia after external violence. *The Lancet.* 1894	Néant.	Chute sur l'épaule droite.	Pneumonie du sommet droit puis gauche.	Frissons 2 jours après.	Mort le 19e jour. Hépatisation grise à dr., rouge à g., épanchem. de la plèvre et le péricarde.
PATERSON. id. 1892	Alcoolisme.	Chute sur le côté gauche.	Pneumonie gauche.	Frissons 13 heures après.	Mort le 17e jour. Hépatisation rouge des deux lobes inférieurs dr. et g.
LESCUDÉ. Pneumonie par contusion. *Thèse de Paris.* 1898	Alcoolisme léger.	Tamponnement contusion à droite du thorax.	Pneumonie droite.	Frissons 13 heures après.	Mort deux mois après. Adhérences. Hépatisat. rouge et grise. Néphrite.
THOINOT. *Annales d'hygiène et de médecine légale.* 1898	Néant.	Chute d'une voiture.	Pneumonie.	Fièvre le soir même.	Mort six jours après.
id.	Grippe (?).	Contusion du thorax.	Pneumonie droite.	Malaise le soir même.	Mort au bt de 4 j. 1/2. Hép. gr. lobe sup. dr. Ecchym. dr. adhér. anc.
id.	Alcoolisme invétéré.	Chute de voiture sur le côté gauche.	Pneumonie double.	Malaise 9 heures après. Coma le soir.	Mort 48 h. après. Fracture 6, 7, 8e côtes g. Hép. r. lobe inf. g. et p. dr. foie gr. adhér. acch. th. g.

✦✦✦

Dans la thèse du Dr Zuber (Steinheil, 1896, Paris) : *Des localisations pneumococciques provoquées accidentellement au cours de la pneumonie,* nous trouvons, page 26, l'observation d'un blessé soigné à Lariboisière, du 21 au 26 mars 1890 : Emile C., 54 ans, peintre, tombé d'un étage dans un escalier, six jours avant l'entrée à l'hôpital ; fracture de la 9e côte gauche et la crête iliaque gauche, sans plaie ; pneumonie ; mort le 26 mars ; autopsie : pneumonie avec hépatisation grise du lobe inférieur gauche, forte congestion hypostatique à droite ; suppuration dans les deux foyers de fracture. Rien à noter de particulier sur les autres organes. (Observation recueillie par MM. Netter et Mariage ; *Comptes rendus de la Société de biologie,* 7 juin 1890.)

Le Dr Souques, médecin des hôpitaux de Paris, dans la *Presse médicale* du 3 mars 1900, pages 109 et 110, relate un exemple de pneumonie contusive indiscutable, en ces termes : « Il est impossible, dans un certain nombre de cas morbides, de refuser toute créance à l'ancien adage : *Post hoc, ergo propter hoc.* Dans l'espèce, l'ordre chronologique prend une valeur singulière. Un homme, en pleine santé, fait une chute sur le dos ; il voulait monter sur un tramway en marche, manque le pied et tombe à la renverse. Le lendemain, il est pris de frisson, de troubles généraux ; et, deux ou trois jours après, des symptômes typiques de pneumonie franche apparaissent. Le traumatisme a spécialement porté sur le côté gauche du thorax, en arrière et à la base. Or, c'est précisément en arrière et à la base gauche du poumon, que siège le foyer pneumonique. Invoquer ici une coïncidence pure serait illogique. L'enchaînement même des faits prouve une relation de causalité.

Le professeur Netter, *in* Traité de Médecine, art. Pneumonie (page 872), a vu personnellement deux cas de pneumonie traumatique : « Il s'agissait bien là, dit-il, de pneumonie lobaire à pneumocoques, et nous ne croyons pas qu'on puisse, pour rejeter tout lien de cause à effet, arguer de la rareté relative de ces observations. »

De nombreux exemples seraient à citer, tirés des thèses copieuses et sérieusement faites de Lescudé (Pneumonies par contusion, Paris, 1898), et de Péserat (Contribution à l'étude de la pneumonie traumatique ; Lyon, 1898).

Nous rappellerons encore ce passage des Nouveaux éléments de Pathologie médicale (Laveran et Tessier) 1889, page 358, tome II : « Le traumatisme peut donner lieu à la pneumonie, que le poumon soit directement lésé (coup d'épée, fracture de côtes, etc)., ou que la violence porte seulement sur le thorax, ou même sur une partie du corps plus éloignée (Lieutaud, Portal).

Aussi, à l'article *Pneumonie* du nouveau Traité de médecine de Brouardel, Gilbert, Thoinot (1910, tome XXIX) : « Le traumatisme thoracique doit être également rangé parmi les causes occasionnelles. Combattue par Grisolle, Jurgensen, cette notion étiologique a été remise en valeur par Litten qui l'incrimine quatre fois sur 100 pneumonies ; par Proust, A. Koch, André Petit, Villard : si l'action du traumatisme pulmonaire est nettement démontrée pour certains cas de tuberculose localisée au point accidentellement ou chroniquement contusionné, ce que nous savons de l'étiologie générale des maladies infectieuses ne nous interdit pas d'incriminer le même mécanisme pour la localisation pneumonique (pages 12, 122). (L. — Landouzy et V. Griffon).

Egalement, M. J. A. Sicard, *in* Pratique médico-chirurgicale de Brissaud, Pinard, Reclus (1907, page 452) conclut : « Il est certain que les traumatismes thoraciques prédisposent à la localisation virulente du pneumocoque, et qu'à leur suite peuvent éclater les signes pneumoniques. »

Encore, A. Sallard, *in* Manuel de Médecine, Debove et Achard (1896), page 213, tome I, déclare : « Les traumatismes du thorax, lorsqu'ils sont suivis de pneumonie, agissent vraisemblablement en vertu d'un mécanisme analogue. Car l'existence de la pneumonie traumatique se fonde déjà sur quelques examens bactériologiques positifs. »

Toujours s'affirme la même opinion, dans : *La pneumonie lobaire aiguë,* par M. Boulay (Bibliothèque Charcot, Debove, tome I, pages 231 et suivantes) : « Etiologie : *Traumatismes.* La seule variété de traumatismes qui paraissent susceptibles d'être suivis de pneumonie est *la contusion du thorax.* Potain a rapporté un cas de pneumonie par contusion, avec présence du microbe lancéolé dans l'exsudat. Bamberger et Koch ont publié des observations analogues. Le siège de l'hépatisation ne présente parfois aucune relation avec le point contus. Elle peut être simple ou double, etc.

« Le traumatisme agirait vraisemblablement en vertu d'un mécanisme analogue à celui du refroidissement : il diminuerait brusquement la résistance propre du tissu pulmonaire et permettrait au pneumocoque, etc.... »

Pour terminer cet exposé un peu long qui nous a forcément écartés du cas de G., il nous suffira de reproduire, ainsi que l'indique le Dr Urmès (page 89 de sa thèse (*loc. cit.*) les quatre questions qui se posent lorsque la mort suit l'accident et que l'autopsie fait découvrir une pneumonie (cas de G.

1° La mort est-elle due au traumatisme lui-même ou à ses complications habituelles

2° La mort vient-elle d'une affection méconnue récente ou ancienne ?

3° La mort est-elle due à la pneumonie constatée ou à ses complications ?

4° La pneumonie est-elle d'origine traumatique ?

Dans le premier cas, le certificat du Dr D. affirme (48 heures après l'accident auquel ont assisté deux témoins) avoir constaté : *une contusion au-dessous du mamelon droit*

La trace ecchymotique de cette contusion a été relevée par le Dr Paul, médecin légiste, devant nous, et en présence du Dr Lévy, médecin du Syndicat de garantie.

L'autopsie montre des adhérences pleurales et une infection pneumococcique de tout le poumon droit. L'infection pneumonique est postérieure de plus de 48 heures au traumatisme, puisque le Dr D. ne la mentionne pas dans son certificat.

La mort a eu lieu le 19 mai, l'accident étant survenu le 11 mai précédent. Mais l'hépatisation constatée à l'autopsie est grise.

Si l'on considère la moyenne des pneumonies qui vont jusqu'à l'hépatisation grise, on trouve que cette hépatisation se montre le plus souvent du 11e au 13e jour, ou plus tard.

Mais l'étude anatomo-pathologique (Dr Urmès) fait voir aussi, et la médecine fournit nombre de ces exceptions, que « l'évolution des lésions pulmonaires ne suit aucune règle », et que « à l'engouement peut « succéder l'hépatisation grise. »

« La plus grande réserve s'impose donc dans la détermination du temps écoulé entre l'apparition des premiers symptômes de la pneumonie et la mort du malade. »

On ne peut invoquer une lésion moins avancée de l'autre poumon ; ce qui impliquerait l'idée de propagation du mal, du poumon droit au poumon gauche, et par conséquent prouverait que le « processus a eu quelque durée. » En effet, il n'est pas nécessaire de signaler ici que le poumon gauche était indemne, puisque, dans les Annales d'hygiène publique et de médecine légale du professeur Thoinot (1898) est relatée une observation de Brouardel et Vibert trouvant, *quarante-huit heures* après le traumatisme, trois lobes hépatisés au 2e degré, et le lobe supérieur du poumon gauche presque en hépatisation grise.

Chez G., on constate une contusion du thorax au dessous du mamelon droit ; on trouve une ecchymose à cette place, à l'autopsie, ainsi qu'une pneumonie du même côté : « *le doute n'est pas possible : Nous savons qu'il y a eu pneumonie traumatique.* » (Urmès

La mort de G. (19 mai) a été occasionnée par une pneumonie traumatique à évolution foudroyante, en concordance avec l'accident de travail du 11 mai précédent.

Paris, le 10 novembre 1912.

Signé : Lert. Dr J. Jacob.

Docteur en médecine, 70, rue de l'Amiral-Roussin 67, rue de l'Abbé-Groult.

Conclusions de l'Expert.

Le Dr Paul, dans son rapport, a conclu également à une pneumonie d'origine traumatique

J. Jacob.

VI

Pathologie traumatique de la pneumonie.

Si les lois sociales obligent le médecin à devenir quelque peu juriste, et semblent par là devoir nous éloigner de la profession que nous aimons, elles nous y ramènent cependant et nous obligent même à faire des diagnostics d'autant plus exacts que le pronostic doit avoir des conséquences plus graves pour les intéressés

Par quel mécanisme physio-pathologique peut se produire la pneumonie dans un accident de travail ? Nous pourrions établir six grandes divisions, dans lesquelles pourraient rentrer, à peu près, tous les cas de pneumonie traumatique.

1° Le coup de froid : pneumonie *a frigore* ;

2° L'absorption de gaz délétères : pneumonie toxique

3° Contusion simple du thorax : pneumonie évoluant sur un « locus minoris resistentiæ » (hématome sous-pleural) ;

4° Fracture de côte : pneumonie consécutive à une irritation banale de la plèvre : le réseau capillaire sous-pleural s'anastomosant avec les veinules périlobulaires (Poirier et Charpy) ;

5° Plaie pénétrante du thorax : pleuro-pneumonie ou pneumonie septique

6° Traumatisme dont le siège est autre que le thorax : fracture de la cuisse ou de la jambe : pneumonie par embolie ; pneumonie dite par « décubitus » ; pneumonie hypostatique.

L'énoncé de chacune de ces catégories nous dispense de la développer. Nous signalerons cependant combien nos anciens maîtres avaient raison quand ils décrivaient « la fluxion de poitrine par *coup de froid* ». Cette figuration de la soudaineté de la cause, amenant une évolution pathologique que l'on ne pourra déceler que vers le 2e ou le 3e jour, entre bien dans la définition proposée par le Dr Diverneresse : « tout trouble survenu dans l'ordre anatomique ou pathologique *dans un délai de quelques jours et à cause des conditions* où s'exerce une profession, doit être considéré comme accident du travail. »

La pneumonie, accident du travail, ne doit pas être considérée comme « maladie professionnelle », même si elle est produite par l'absorption de gaz délétères, car de par son évolution, la pneumonie *est rapide* tandis que les maladies professionnelles ont une marche beaucoup plus lente.

« Pourquoi, nous a-t-on écrit ces temps derniers, voulez-vous augmenter les listes des accidents du travail et nous donner de nouvelles difficultés pour l'interprétation de la loi de 1898-1905 ? »

A vouloir augmenter le nombre des affections entrant dans le domaine de la loi-accident, il y a d'abord un intérêt pécuniaire pour le médecin, puisque le paiement des honoraires en matière d'accident du travail, est toujours assuré par le chef d'industrie.

Enfin et surtout, ce sera l'honneur du corps médical d'avoir essayé, dans les mesures du possible, d'amoindrir les injustices sociales, quand il lui a été donné de les constater par l'exercice de sa profession.

Puisque l'accidenté du travail est *privilégié* par rapport à son camarade frappé par la maladie « non-accident », pourquoi ne pas vouloir augmenter le nombre de ses privilégiés ? D'autant plus que l'exercice de ce privilège ne se fait pas au détriment des droits du « malade », et que le bon sens et la justice semblent être d'accord pour permettre à certaines affections, telles que la pneumonie que nous venons de décrire, de bénéficier de la loi sur les accidents !

Drs DIVERNERESSE
et MOLINÉRY.

NOUVELLES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC

L'endoscopie intestinale dans le cancer recto-colique,

Par le Dr KOLBÉ (de Châtel-Guyon).

des Facultés de Paris et de Lausanne
Ancien Prof. à la Fac. de Méd. de Buenos-Aires.

Les méthodes endoscopiques sont de plus en plus recherchées ; et c'est très naturel, puisque l'examen visuel expose l'observateur à beaucoup moins de causes d'erreurs que la palpation, que l'auscultation, que la percussion.

Pour l'appareil digestif, si riche en affections difficiles à déceler, l'endoscopie est plus indiquée que jamais ; elle sert aussi bien au diagnostic qu'à la thérapeutique locale. Il est très étonnant que la « recto-sigmoïdoscopie » ne soit pas encore aujourd'hui suffisamment appréciée, d'autant plus *qu'elle est plus facile que l'endoscopie des autres organes.*

On se demande pourquoi ce retard dans la généralisation de la méthode endoscopique pour l'intestin ? Je crois qu'il y a plusieurs raisons pour cela. La plus importante en réalité, et peut-être la moins soupçonnée en théorie, c'est une *aversion du médecin* et une *pudeur*, mais surtout une *fausse pudeur*, du *malade.*

La rectoscopie nous renseignera très bien sur les déplacements et sur les catarrhes superficiels que le doigt ne diagnostique pas aussi sûrement ; elle évitera le sondage aveugle, qui expose à des lésions et à des erreurs d'interprétation. Tandis que le toucher rectal dévoile la profondeur des lésions, les zones d'infiltration péri et para-rectocoliques, les adhérences paraproctiques, la proctoscopie démontre à l'évidence l'état de la muqueuse normale et pathologique, et souvent

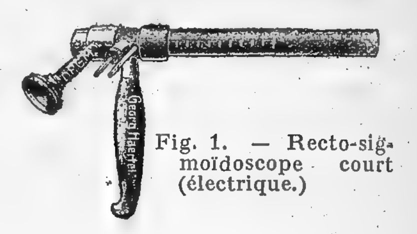


Fig. 1. — Recto-sigmoïdoscope court (électrique.)

aussi la participation des tissus et des organes adjacents, l'existence de tumeurs inflammatoires avec fistules rectales, etc.., en somme de « faux cancers ». Combien de fois ces « faux cancers » ont-ils été opérés par des « interventions radicales » avec leurs graves inconvénients pour la fonction des viscères après l'intervention, sans compter la mortalité opératoire effrayante ? Combien de fois une bonne endoscopie aurait-elle éclairé le diagnostic et indiqué le procédé opératoire conservateur ?

Préparation du malade. — Une condition préalable pour un bon examen endoscopique du rectum et du côlon recto-sigmoïde est la vacuité de l'intestin. Cette vacuité n'est pas toujours facile à obtenir ; à l'état normal, pourtant, elle est facile pour le rectum.

En cas d'urgence, on peut essayer l'examen sigmoïdoscopique sans nettoyage préalable de l'intestin.

L'anesthésie locale, mais surtout générale, n'est pas indiquée dans la grande majorité des cas.



Fig. 2. — Examen sigmoïdoscopique dans la position genu-pectorale. Le malade est vêtu d'un caleçon de bain et tient ses cuisses dans la position vertébrale.

Dans les cas hémorrhoïdaires douloureux, un topique externe et un suppositoire à la cocaïne, ou au cycloforme à 10 % sont utiles.

La position du malade. — La position du malade n'est pas indifférente. Une seule peut être considérée comme parfaite, c'est la genu-pectorale sans appui spécial pour la tête.

La position genu-pectorale est désagréable pour les femmes qui y mettent de la résistance quelquefois ; elle est encore très incommode lorsque l'anesthésie s'impose. Dans ce dernier cas, on procède dans la position de Sims avec le bassin soulevé et les cuisses très repliées contre l'abdomen.

Les *cancers recto-sigmoïdes* sont très justiciables de l'opération radicale, car ils sont d'évolution lente, bien délimités, généralement en manchons circulaires, s'étendant rarement plus loin que 10 à 12 centim., et infiltrant de préférence la paroi postérieure, en ménageant longtemps l'appareil génital, enfin, donnant par exception des métastases (Quénu, Hartmann et Tuttle). La mortalité opératoire, qui est de 9 à 12 % d'après Kraske, Hochenegg, Czerny, Kocher, etc.., pourra certainement un jour être réduite encore, lorsque le *diagnostic précoce* sera la règle. Les éléments principaux du diagnostic sont en général les suivants : l'*anamnèse, l'examen coprologique, le toucher rectal et la palpation combinée, avec ou sans narcose.* L'anamnèse, nous le savons déjà, est très incertaine ; nous n'ignorons pas non plus que la coprologie ne fournit de renseignements catégoriques qu'après l'apparition de fragments de la tumeur.

Nous connaissons encore plusieurs cas où le toucher rectal et la palpation la plus minutieuse sont restés négatifs ou laissent subsister des doutes, alors que la proctoscopie entraînait la conviction.

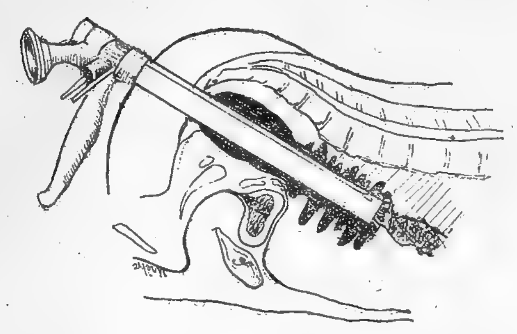


Fig. 3. — Introduction profonde du recto-sigmoïdoscope. Figure schématique, démontrant la direction de l'instrument et le plissement de l'intestin comme un accordéon sur le tube rigide grâce à la laxité du méso-sigmoïde.
S. symphyse ; V. vessie vide, position genu-pectorale.



Fig. 4. — Schéma, démontrant l'utilité de la position génu-pectorale, pour créer la dilatation pneumatique du vagin et du rectum. Les viscères abdominaux tombent vers le diaphragme. — Les flèches 1, 2 et 3 indiquent la position que doit prendre le sigmoïdoscope, à mesure qu'il avance dans l'intérieur du viscère, suivant les courbes anatomiques normales.

Plusieurs auteurs considèrent le toucher et le toucher combiné au palper, surtout sous la narcose, comme suffisant et infaillible. *Il faut se méfier d'en exagérer l'importance.* S'il est vrai que le toucher bien fait peut rendre des services indiscutables sur une zone de palpation de 8 à 10 centim., jusqu'à la 3e vertèbre sacrée, les tumeurs situées plus haut, et surtout celles cachées par le squelette pelvien, les mêmes, sur un parcours intestinal de 11 à 17 centim., ne sont palpables par l'abdomen que sous la condition d'être assez volumineuses et encore, chez les personnes maigres.

Bien qu'on rencontre avec une certaine fréquence des infiltrations circulaires squirrheuses, encore faut-il se méfier de prendre, chez ces sujets, le muscle psoas iliaque ou le côlon contracturé et douloureux pour un néoplasme au début. A ces causes d'erreurs s'ajoute encore l'existence *de faux cancers*, c'est-à-dire *d'affections inflammatoires péri et para recto-sigmoïdales* souvent appartenant aux annexes utérines chez la femme. Ensuite, il y a des *néoplasmes bénins*, tels que *les polypes, les adénomes, les tuberculomes, les syphilomes*, etc. Pour préciser le diagnostic différentiel et pour trancher même une



Fig. 5. — Cancer de l'anse sigmoïde (vue endoscopique). (Cliché du Dr Mummery.)

grande partie de cette question embrouillée, la rectosigmoïdoscopie est incomparable, car elle *met sous les yeux la lésion douteuse ; elle nous*

montre encore, par la mobilité plus ou moins grande de l'intestin, ses adhérences et sa propagation aux viscères adjacents, ou bien encore elle nous permet soit de la localiser en dehors de l'intestin, soit de nier son existence.

Pour le cancer recto-sigmoïde, nous pourrons dire en synthèse : *La recto-sigmoïdoscopie permet le diagnostic précoce du cancer recto-sigmoïde de l'intestin ; elle peut préciser sa localisation exacte, ses limites et ses adhérences éventuelles et par cela même indiquer le mode opératoire ; elle peut affirmer l'absence de tumeur et permettre un diagnostic différentiel entre une néoformation maligne, bénigne ou inflammatoire et une catégorie de maladies générales ou locales qui prêtent à confusion. Tout ceci dans des circonstances où tous les autres moyens d'investigation clinique échouent.*

TECHNIQUE MÉDICALE

Notions générales de sphygmomanométrie clinique.

Par le docteur A. GAMBIER.

(*Suite*) (1).

Malgré ses indiscutables qualités, qui en font aujourd'hui l'appareil le plus pratique et le plus répandu, les critiques ne lui font pas défaut. Nous ne nous ferons pas l'écho des reproches qui lui ont été adressés. Nous voulons savoir seulement qu'il est le seul qui donne à la fois la mesure de la pression maxima et de la pression minima, et qui permette, par conséquent, d'évaluer la pression variable ou différentielle P D. Et après l'avoir beaucoup manié et avoir expérimenté les services inappréciables qu'il peut rendre aux médecins dans leur pratique journalière, nous sommes persuadés qu'il prendra sa place parmi les appareils d'exploration clinique. Beaucoup de médecins, d'ailleurs, le possèdent déjà.

Peut-être manque-t-il à certains, pour en tirer tout le profit possible, quelques données précises sur les chiffres normaux des tensions prises avec cet oscillomètre, ainsi que sur l'interprétation des variations pathologiques de ces tensions. Ce sont ces données que nous voudrions rappeler ou préciser, sans décrire ni l'appareil, ni la méthode des oscillations dont il est la réalisation pratique.

(1) Voir *Concours Médical*, n° 12, p. 743.

Rappelons tout d'abord que si la pression minima, représentant la charge permanente des artères, est le plus habituellement très stable, la pression maxima, qui est la pression apparente de l'énergie des systoles cardiaques, est extrêmement variable, influencée qu'elle est par mille causes physiologiques, dont les plus banales et les plus fréquentes sont l'ingestion de thé ou de café, une digestion difficile, les émotions, la marche, la fatigue ou le repos.

Il faut, en conséquence, pour éviter les causes d'erreur, et connaître aussi exactement que possible la Tmx qui est un des facteurs de la pression différentielle, faire les mensurations de préférence en dehors des périodes digestives, au même moment de la journée, dans la même attitude, dans les mêmes conditions physiologiques, et, lors d'un premier examen, qui s'accompagne toujours d'un certain degré d'excitabilité émotionnelle, pratiquer deux mensurations à quelques minutes d'intervalle. Il ne faut pas oublier non plus que la notion d'hypertension est toute relative, tout individuelle, et que les tensions citées sont susceptibles de varier, d'un individu à l'autre, d'une quantité pouvant atteindre plusieurs centimètres de mercure.

Sous ces réserves, on peut poser que, normalement, les tensions prises au Pachon sont comprises :

La tension maxima entre 13 × 17,
La tension minima entre 8 × 9.

Au-dessous de ces chiffres, dûment constatés et contrôlés par des examens répétés, il y a hypotension, au-dessus, hypertension pathologique.

Mais, d'une part, les variations de pression ne portent pas nécessairement sur les deux pressions à la fois ; d'autre part, les variations de la tension maxima et celles de la tension minima sont ou ne sont pas de même sens, et différentes éventualités sont à envisager pour en tirer des déductions diagnostiques, pronostiques ou thérapeutiques.

A. *L'augmentation des tensions est purement maxima.*

Cette hypertension purement maxima, ou bien traduit simplement les systoles vigoureuses d'un cœur nerveux, impressionnable, peu ménager de son travail, sollicité à augmenter l'énergie de ses contractions par des causes d'excitations répétées, ou bien encore, quoique les variations de la masse sanguine soient le facteur le moins susceptible d'influencer le chiffre de la pression, s'observe chez certains pléthoriques, et particulièrement chez les grands buveurs ; mais le cœur est plus souvent entraîné qu'entraîneur, et habituellement cette hypertension purement maxima marque simplement l'entrée d'un sujet dans l'hypertension vraie ; elle doit le faire sur-

veiller, au point de vue des altérations qui conditionnent le barrage périphérique en quelque endroit de son arbre artériel, particulièrement au niveau du rein, et se traduiront ultérieurement par des variations plus significatives portant sur les deux tensions.

Plus souvent encore, cette hypertension exclusivement maxima se rencontre dans l'insuffisance aortique, diagnostiquée ou méconnue où, en même temps que le sang, projeté violemment par le ventricule, trouve un écoulement facile à la périphérie, l'orifice aortique présente une fuite qui permet au sang de refluer dans le ventricule ; et dans ce cas, l'hypertension maxima sera d'autant plus élevée que l'aorte sera athéromateuse. Signalons en passant que la présomption en faveur d'une insuffisance aortique sera *a fortiori* renforcée si l'on constate, en même temps qu'une tension maxima élevée, une tension minima inférieure à la normale.

B. *L'hypotension est surtout maxima, la tension minima étant normale ou presque.*

Cette éventualité peut se rencontrer en dehors de toute cause morbide ; il y a des sujets atteints de débilité cardio-vasculaire qui ont normalement une tension maxima qui ne dépasse pas 12, 11, 10 au Pachon, et dont la PD est très faible : 2 1/2, 3, 4.

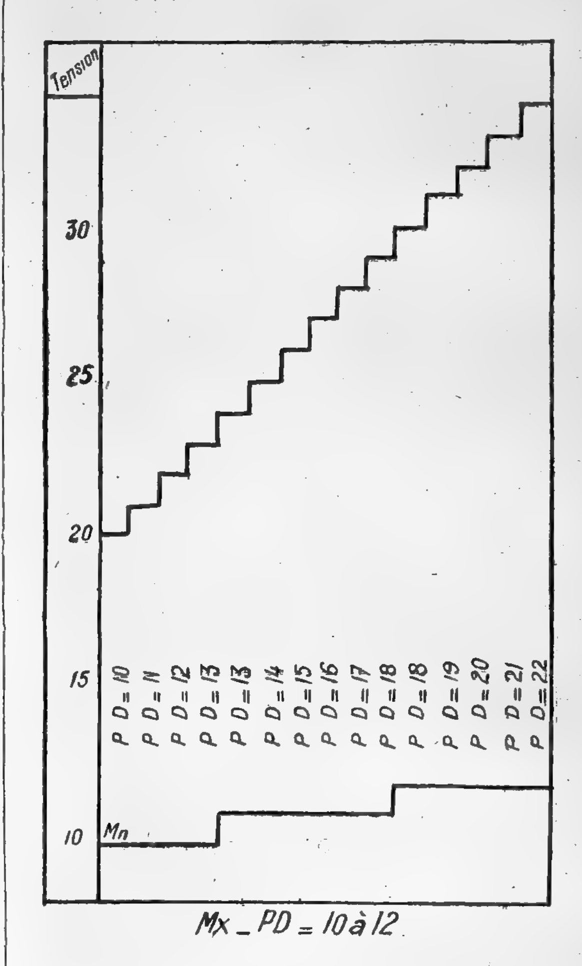
Le plus souvent, l'hypotension maxima se constate chez les tuberculeux à évolution défavorable, les cardiaques mitraux, les anémiques, les asthéniques, les convalescents, les inanitiés, les cachectiques, au cours des maladies infectieuses aiguës, ou bien encore en cas d'insuffisance des glandes à sécrétion interne.

C. *L'hypertension est à la fois maxima et minima, mais surtout maxima, l'hypertension minima n'étant supérieure à la normale que de* 1 *à* 3 *centimètres de mercure.*

Cette formule sphygmomanométrique est une de celles qui se rencontrent le plus fréquemment en pratique ; elle est celle des hypertendus simples, sans lésions vasculaires ou rénales appréciables, et des sujets atteints d'artério-sclérose, de sclérose cardiaque et de néphrite.

L'on peut la représenter par le graphique ci-dessous.

Ce qui frappe dans ce graphique c'est l'augmentation relativement faible de la tension minima, c'est la valeur toujours élevée, parfois considérable, de PD. Il est impossible de perdre de vue, chez les malades qui présentent cette formule, le chiffre de la Tmn sans laquelle il serait impossible de déterminer PD, et par conséquent de connaître le travail effectif fourni par le myocarde, mais tant que la tension minima reste dans ces limites, l'on doit pratiquement prendre surtout en considération les variations de la tension maxima.



Mx _ PD = 10 à 12

Il n'y a pas un rapport systématique entre l'élévation de la tension maxima et la gravité des troubles ou des lésions qui l'accompagnent ou lui donnent naissance. Mais pratiquement, le degré d'hypertension maxima n'en donne pas moins des indications intéressantes, susceptibles de confirmer les symptômes cliniques et de guider la thérapeutique.

A ce point de vue, on peut distinguer trois catégories de sujets :

1° Les petits hypertendus, ceux dont la Tmx est comprise entre 18 et 21, et la Tmn entre 9 et 10, et qui sont des pléthoriques sanguins, des obèses, des goutteux, des diabétiques, le plus souvent par hyper-alimentation, ou bien encore des emphysémateux et des angiospasmodiques.

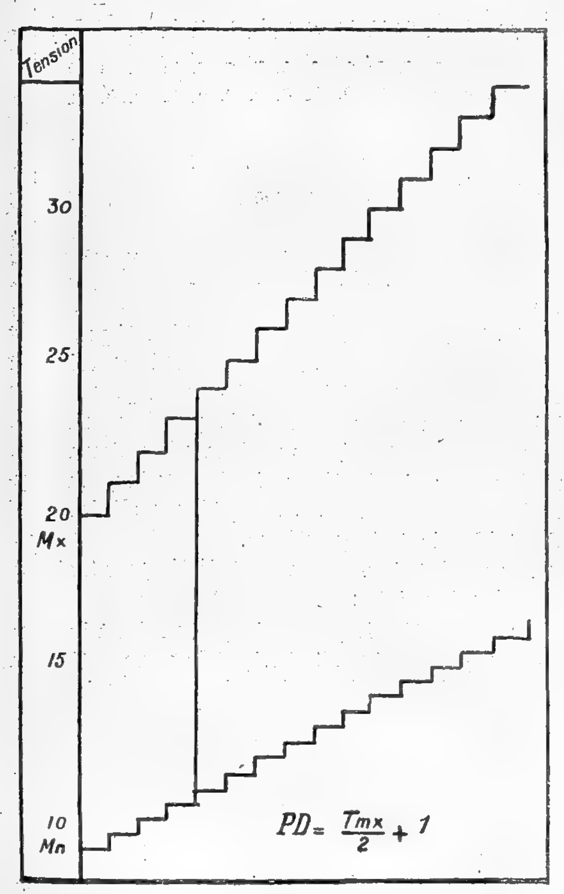
2° Les hypertendus moyens dont la tension maxima est comprise entre 21 et 26, et la Tmn entre 10 et 11, et qui sont souvent encore des pléthoriques, des diabétiques, etc., comme ci-dessus, mais sont déjà fréquemment des scléreux artériels ou rénaux.

3° Les grands hypertendus dont la *tension* maxima est comprise entre 26 et 32, la minima entre 11 et 12, et qui sont à peu près exclusive-

ment des pléthoriques veineux, des scléreux-rénaux artériels ou cardio-artério-rénaux.

Les sujets de ces différentes classes peuvent présenter et présentent fréquemment des symptômes de surpression sanguine (bourdonnements d'oreille, battements dans les tempes, bouffées de chaleurs, céphalalgies, vertiges, insomnie, angor) pouvant aller jusqu'à provoquer des ruptures vasculaires (épistaxis, chémosis, hémorragies cérébrales) ; mais, quel que soit le degré de leur hypertension maxima, ce sont des hypertendus compensés, chez lesquels il n'y a pas lieu, en principe, de redouter à court terme l'épuisement et la défaite cardiaque. Tous sont en état d'équilibre circulatoire, et si l'on cherche, par la confrontation des courbes les plus habituelles, à déterminer un rapport qui met en évidence cet état d'équilibre, on le retrouve dans la formule Mx — PD — 10 à 12

D. *L'hypertension est à la fois maxima et minima, mais l'hypertension minima est supérieure de 3 centimètres ou de plus de 3 centimètres à la normale.*



Dans cette éventualité deux cas sont à considérer :

a) Si l'élévation de la Tmn est proportionnellement aussi importante que celle de la Tmx, si, d'une façon plus précise, conformément au tableau ci-dessus, Tmx et Tmn demeurent dans un rapport tel que la valeur PD ressortisse au moins à un chiffre égal à $\frac{Tmx}{2} + 1$, l'équilibre cardio-vasculaire n'est généralement pas détruit, mais le myocarde surmené est en imminence de fléchissement, l'hyposystolie est menaçante; souvent même apparaissent des symptômes d'asthénie cardio-vasculaire (dyspnée permanente paroxystique, arythmie, raréfaction des urines, œdèmes des membres inférieurs ou des bases pulmonaires, congestion hépatique, auxquels s'ajoutent parfois des symptômes d'insuffisance rénale, car il s'agit généralement dans cette éventualité de scléreux cardio-rénaux.

b) Si l'élévation de la Tmn est proportionnellement plus importante que celle de la Tmx, si la valeur de PD s'abaisse au-dessous de $\frac{Tmx+1}{2}$ l'insuffisance cardiaque est évidente, l'hyposystolie s'installe.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

La ténosynovite de la syphilis héréditaire précoce. Dr Louis Brot, Thèse de doctorat. Paris, 1913, Jouve et Cie, édit.

1° La téno-synovite doit prendre place parmi les manifestations de la syphilis héréditaire. Elle en *représente un accident très rare*, NON ENCORE DÉCRIT et qui peut avoir été confondu avec d'autres localisations sur l'appareil musculo-tendineux telles que la myosite ;

2° Elle paraît être propre à la syphilis héréditaire précoce ;

3° Cliniquement, elle se caractérise par le syndrome suivant :

Contracture musculaire bilatérale portant sur l'extrémité des membres. Dans les formes atténuées, il s'agit d'une simple raideur ;

Attitude vicieuse caractérisée par une flexion exagérée ;

Douleur au niveau des tendons ; douleur provoquée par la correction des attitudes vicieuses ;

Crépitation neigeuse au niveau des gaines tendineuses, signe pathognomonique, qu'on provoquera par des mouvements d'extension et de flexion ;

Exsudation séreuse (?) dans les cavités synoviales revêtant l'aspect de kystes synoviaux ;

4° Elle siège de préférence au niveau des bras, sur les tendons des extenseurs de la main et au niveau des membres inférieurs sur les tendons extenseurs du pied.

5° Elle revêt deux formes : une forme sèche ou crépitante et une forme séreuse.

CORRESPONDANCE

Deux nouvelles preuves de l'utilité du « Sou Médical ».

I

En décembre 1913, le « Sou médical » recevait la lettre ci-après :

Je viens vous demander vos lumières pour une question de jurisprudence qui vous paraîtra sans doute d'intérêt général : responsabilité pécuniaire vis-à-vis des médecins que l'on a mis en œuvre, pour un accident dont on se croyait, sans doute à tort, responsable et pour lequel on pensait être couvert par une assurance.

Je suis du « Sou médical » depuis cinq à six ans, ainsi que mon ami, le Dr N., intéressé, comme moi, dans cette affaire.

Un patron — purement agricole — d'un village voisin, est assuré pour ses ouvriers, à la compagnie la P.; la police stipule que la compagnie n'est pas responsable des ouvriers âgés de plus de 70 ans, et ne couvre les frais médicaux et pharmaceutiques que jusqu'à concurrence de 50 francs.

Le 12 octobre 1912, ledit fermier conduisait — à pied — son chariot, ayant à ses côtés un ouvrier de 72 ans. Sol glissant, sans faute de l'un ou de l'autre, l'ouvrier glisse, tombe sous une roue et se fait écraser la jambe. Le patron se prodigue, ramène le blessé et me demande par téléphone, l'ouvrier ayant déclaré être mon client. J'ajoute qu'il s'agit d'un assisté qui, dans le Nord, a le droit de choisir entre deux médecins désignés par le Préfet ; le second médecin, comme moi, n'est pas chirurgien.

J'arrive sans tarder, j'arrête l'hémorrhagie, très considérable, par ligature à la cuisse, au-dessus des vêtements, et constatant que les os fracturés ont traversé les chairs de la jambe en plusieurs endroits, je préviens l'entourage qu'il faut conduire le blessé à l'hôpital, ce qu'on me refuse, ou appeler un confrère chirurgien. Je fais de suite part de la chose au patron qui me dit alors avoir une assurance et m'engage à appeler le Dr N. (j'ai des témoins). A 10 heures, examen du blessé, consultation ; après cette visite le patron demande au Dr N., et à moi, notre avis, et nous invite à faire le nécessaire pour sauver le malade et conserver le membre si possible ; il nous répète qu'il est assuré à la P. Après-midi, nous décidons d'essayer la conservation du membre ou tout au moins d'ajourner l'amputation. Suites : le blessé conserva sa jambe et guérit de façon très satisfaisante après cinq mois de soins.

Honoraires : Dr N........	70 fr.
Honoraires Dr F.......	295 fr.
Total.............	365 fr.

Quelques heures après l'accident, je me rendis chez le patron pour rédiger les certificats, et, comme j'avais déjà tout lieu de supposer que la compagnie serait fondée à ne pas marcher, je demandai — en douceur — au patron, un engagement écrit, ainsi que le billet vert de la compagnie pour le médecin. Or, ledit patron, pour se remettre de ses légitimes émotions, a fait maintes libations et n'est vraiment pas capable d'écrire ; c'est donc sa *femme*, qui, *sous ma dictée*, écrit et signe la lettre dont voici textuellement copie :

Monsieur F., docteur,

« Je vous prie de vouloir bien venir de suite donner vos soins à mon ouvrier qui vient d'être renversé par mon chariot dont la roue lui a passé sur les jambes. Veuillez faire tout le nécessaire pour obtenir sa guérison. Mes ouvriers sont assurés à la compagnie la P. ».

Sincères salutations.

(Signature).

La Compagnie, bien entendu, n'a rien payé, ayant demandé l'*extrait de naissance du blessé* (72 ans et déclaré par le patron 68) ; ce dernier, incapable d'attaquer le patron, ne fut pas indemnisé, en dehors de quelques secours, que son patron, adjoint et père des pauvres, lui fit donner par la commune.

Après avis donné le 15 novembre dernier, je viens de faire, hier, une tentative de recette par la poste : refusée.

Que dois-je faire, je vous prie ?

Attaquer seul ou avec mon confrère que j'ai mis en œuvre ? Invoquer le précédent d'un jugement de Douai en un cas analogue ? (Trib. civil de Douai, 10 mars 1909 ; *Rec. accid. trav.* 1909, 367.)

Je n'aurais certes pas soigné ce blessé à domicile sans l'engagement du patron me permettant d'appeler un confrère chirurgien.

Dr F.

A cette lettre, nous répondions le jour même :

Dans l'affaire que nous exposé votre lettre, nous estimons que la responsabilité du patron est engagée tant à votre égard qu'à l'égard du Dr N., parce que le patron, outre qu'il vous a demandé pour soigner un ouvrier blessé, vous a fait croire que celui-ci était couvert par sa police d'assurances. La lettre écrite par la femme du patron constitue une preuve de plus de sa responsabilité

Nous ne pouvons donc que vous engager à poursuivre, conjointement avec le Dr N., le patron devant le juge de paix de son domicile, sans vous inquiéter, bien entendu, de sa compagnie d'assurances avec laquelle vous n'avez aucun lien de droit.

Nous ne vous disons pas de citer l'ouvrier solidairement avec son patron car,si vous n'aviez pas cru l'ouvrier garanti par le patron ou par son assurance,

vous l'auriez soigné comme médecin de l'assistance médicale gratuite, et l'auriez dirigé sur l'hôpital, mais n'auriez pas appelé le Dr N. en consultation.

Nous vous serons obligés de nous tenir au courant de la suite donnée à cette affaire.

Nous recevions tout récemment la lettre suivante :

Voici la suite de l'affaire que je vous exposais par ma lettre du 8 décembre 1913.

Le patron appelé par moi en justice tant pour le compte du Dr N. que pour le mien, se fit représenter par un avocat qui paraissait ignorer la demande écrite de soins que m'avait remise son client, lors de l'accident.

Quand ledit avocat eut plaidé la non-responsabilité pour un ouvrier agricole — sans faute lourde — et invoqué mes obligations de médecin de l'A. M. G. (2 fr. 30 par an), tous arguments sur lesquels je le priai de ne pas s'étendre, lui donnant l'assurance que j'étais parfaitement de son avis, je lui exhibai la lettre du patron. Le juge fit de suite remarquer que la responsabilité du patron était, par cette lettre, formellement engagée, en dépit d'un malentendu probable..., que je détenais un document suffisant,et que je n'avais pas à faire valoir d'autres motifs ; j'avais nommé le « Sou médical ». La partie adverse se rendit facilement à l'évidence du fait et se contenta de me demander le compte détaillé de nos honoraires (365 francs). Règlement complet, tous frais compris, quelques jours après.

Il n'a donc pas été rendu de jugement dont je serais heureux de pouvoir vous envoyer la copie ; mais, une fois de plus est affirmée la responsabilité pécuniaire d'un patron qui, tout en se rendant compte qu'il n'est pas responsable d'un accident, met néanmoins un médecin en œuvre, parce qu'il se croit couvert par une assurance, laquelle trouve ensuite moyen de ne pas marcher (mon blessé avait 72 ans, la compagnie n'assurant que jusqu'à 70).

Dr F.

II

Une compagnie, qui assurait la Direction d'un collège contre les accidents survenus à ses élèves, prétendait ne payer le médecin que conformément au Tarif Dubief. La simple menace du « Sou médical » produisit l'effet relaté dans la lettre qui suit :

Je vous écris, au sujet du conflit entre assurance, directeur du Collège et moi. Tandis que je vous écrivais en date du 10 mars, le directeur du Collège, sous mon inspiration, adressait à son assurance une lettre dans laquelle il faisait savoir qu'à défaut du paiement de la note d'honoraires dans les 48 heures, je soumettrais le litige au « Sou médical » dont j'étais membre. En même temps que votre réponse me

parvenait, M. le directeur m'apportait mes honoraires, la compagnie s'étant exécutée sans plus insister.

Ce n'est pas la première fois que le phénomène se produit ; c'est un réconfort pour le médecin de voir quel prestige exerce notre association.

Merci pour vos bons conseils dont je me permettrai d'user en toute occasion convenable.

Dr P.

P. S. — Un autre effet à constater : l'impression désagréable de l'assuré vis-à-vis de l'Assurance. Le Directeur serait fort aise que la Cie dénonce son contrat, dans lequel ayant cru faire une dupe, elle s'aperçoit avoir affaire à un client désormais averti.

Les conditions d'affranchissement des factures.

M. Donadeï, député, demande à M. le ministre du commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes : 1° quel est le tarif applicable aux factures envoyées par la poste ; 2° si le tarif des imprimés peut être refusé lorsque l'adresse du client est imprimée sur chaque facture ; 3° dans quel cas les factures bénéficient du tarif des imprimés ; dans quel cas la taxe des échantillons leur est applicable

Réponse.

Les factures sont rangées, au point de vue de la taxe, dans la catégorie postale des papiers de commerce et d'affaires qui, d'après l'article 44 de la loi de finances du 8 avril 1910, sont passibles de la taxe des lettres quand ils dépassent le poids de 20 grammes.

Jusqu'à ce poids, les factures, comme les autres papiers d'affaires, peuvent être expédiées, sous bande ou sous enveloppe ouverte, avec un affranchissement de 5 centimes.

Mais, pour bénéficier de ce tarif réduit, elles ne doivent pas être établies en forme de lettre ni contenir une formule de salutation.

Elles peuvent porter des avis imprimés de sens général, ainsi que certaines indications manuscrites dont la liste figure dans les règlements postaux, et est communiquée aux commerçants intéressés sur leur demande.

Le fait que le nom et l'adresse du destinataire y seraient imprimés et non manuscrits est sans influence sur la taxe à leur appliquer.

En aucun cas les factures ne sont admises à circuler par la poste comme imprimés ou comme échantillons. Il est à remarquer, toutefois, que jusqu'à 20 grammes, le taux d'affranchissement de 5 centimes est commun aux papiers d'affaires placés sous bande ou sous enveloppe non close, aux échantillons et aux imprimés non périodiques expédiés sous enveloppe ouverte ou sous forme de carte circulant à découvert.

Au-dessus de ce poids, chaque catégorie d'objets est affranchie d'après son tarif particulier.

(*Journal officiel.*)

Note. — La réponse du ministre du commerce, concernant les factures en général, est applicable aux notes des médecins.

La responsabilité professionnelle.

Je suis très ému par l'entrefilet que j'ai lu hier dans le *Matin* et que je m'empresse de vous communiquer.

Il devient dangereux pour les médecins de commettre des erreurs de diagnostic.

M. et Mme de la Salle réclamaient hier au docteur Albert Jacoël, 48, rue Pigalle, 50.000 francs de dommages-intérêts.

— Le docteur Jacoël, disait en substance l'assignation, s'est trompé complètement sur la nature de la maladie dont Mme de La Salle a été atteinte. Il l'a soignée pour une lésion pulmonaire, alors qu'elle avait une infection intestinale...

Après avoir entendu la plaidoirie de Me Mathely pour les demandeurs, la troisième chambre du tribunal a rendu, par défaut, un jugement dont voici le principal attendu :

... Attendu qu'il ressort des faits qui viennent d'être précisés et des phases de la maladie de la dame de La Salle que le docteur Jacoël s'est gravement trompé sur l'état de santé de cette dame, en la soignant pour une lésion qu'elle n'avait pas, sans s'occuper ni rechercher la maladie dont elle était en réalité atteinte ; que le docteur Jacoël a donc commis une faute lourde engageant sa responsabilité, aux termes de l'article 1382 du code civil ; que sa faute a entraîné, pour les époux de La Salle, un grave préjudice dont il leur doit réparation...

Par défaut, le docteur Albert Jacoël a été condamné à payer à M. et à Mme de La Salle la somme de 20.000 francs à titre de dommages-intérêts.

Qu'en pense le « Sou médical », dont je fais partie ? Si nous devons maintenant être recherchés pour des erreurs de diagnostic, l'exercice de la profession ne deviendra plus possible. Je crois connaître mon métier ; je suis de ceux qui se tiennent au courant, grâce à la partie scientifique du *Concours*, pour la rédaction de laquelle je vous adresse d'ailleurs toutes mes félicitations, parce qu'elle est très pratique et bien mise à notre portée, à nous, praticiens ruraux.

Mais, j'avoue m'être parfois trompé, dans mes diagnostics, involontairement, il est vrai ; mais le fait n'en est pas moins exact. Quel est le médecin, si pontife soit-il, qui ne se soit jamais trompé ?

Et nous pourrions alors être traduits devant les tribunaux et condamnés ? Ah zut ! alors. Je vais

demander une place de fonctionnaire dans un ministère ou dans une préfecture. Au moins, on ne m'ennuiera plus avec la responsabilité professionnelle, puisque ce sera l'administration qui répondra à ma place. Vite, rassurez-moi.

Dr B.

Réponse

Oui, nous pouvons vous rassurer. Remarquez tout d'abord que le médecin a été condamné par défaut, ce qui veut dire qu'il ne s'est pas défendu.

Par suite, le tribunal a simplement examiné si la demande du plaignant lui paraissait à peu près fondée et il a condamné celui qui ne s'est pas présenté à sa barre.

Or, nul doute que le médecin condamné va faire opposition au jugement qui le frappe. L'affaire sera remise en discussion et plaidée à nouveau. Rien ne prouve que la condamnation sera maintenue.

Au reste, la jurisprudence des Cours d'appel déclare de plus en plus que le médecin ne peut être rendu responsable que de la faute lourde et non de la faute légère, professionnelle. La distinction est subtile ; mais tout n'est que question d'espèce. Selon les cas et les circonstances, la faute sera ou lourde et punissable, ou légère, nécessitée par l'exercice normal de la profession, et, par suite, excusable.

En somme, lorsqu'un médecin s'est grossièrement trompé, lorsqu'il a fait un diagnostic sans examiner son malade, il y a faute lourde. Mais une erreur de diagnostic, faite de parfaite bonne foi, ne saurait être imputable au praticien, lorsqu'il peut faire la preuve qu'il a fait le possible pour arriver à la vérité.

Aussi, accomplissez votre devoir en toute conscience, et si jamais vous avez un ennui quelconque, souvenez-vous que vous êtes des nôtres : nous saurons bien vous défendre.

Grand nombre des adhérents du *Sou médical* en savent d'ailleurs quelque chose. Et il n'y a pas bien longtemps que notre Ligue a déboursé près de 9.000 francs — neuf mille francs, vous avez bien lu, — pour un confrère poursuivi et malheureusement condamné.

L'IODÉOL JOINT A L'ACTIVITÉ DES MÉTAUX COLLOÏDAUX
L'ACTION BACTÉRICIDE ET ANTI-TOXIQUE DE L'IODE MÉTALLOÏDIQUE

PNEUMONIE

BRONCHO-PNEUMONIE

CONGESTION PULMONAIRE

ET TOUTES

MALADIES INFECTIEUSES

IODÉOL

Iode Colloïdal Electro-Chimique, Pur et Stable (Suspension Huileuse)
(Brevets E. VIEL, Ingénieur Electrométallurgiste, Pharmacien de 1re Classe)



la défervescence

Abrège

la durée de la maladie

Évite

toute complication

E. VIEL & Cie 9, Rue St-Paul, PARIS	Posologie et Formes	1° **Ampoules** dosées à 0 gr. 20 par cent. cube pour injections intra-musculaires indolores (une ou deux par jour). 2° **Capsules** : Six à huit par jour. 3° **Liquide** pour usage externe. S'emploie comme la teinture d'iode, mais dix fois plus actif. *Ne colore*, n'irrite pas la peau.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Explications complémentaires (1).

Répondant à un correspondant qui s'étonnait qu'une société de secours mutuels ne pût garantir une pension ou une indemnité fixe contre le versement d'une cotisation fixe, j'ai pris comme exemple le cas de l'indemnité-maladie : je prends maintenant le cas de la pension.

Pour qu'à un âge donné, une pension viagère puisse être servie, il faut qu'à cet âge ait été constitué le capital nécessaire au service de cette pension. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien le capital est réservé, et alors il est beaucoup plus élevé, ou bien il est aliéné, et alors il est moins élevé. Quoi qu'il en soit, le montant de ce capital doit dépendre de la survie moyenne des sociétaires, puisque l'ensemble des risques individuels se répartit sur le groupement tout entier, et cette survie moyenne sera établie par la table de mortalité ; il dépend aussi du taux de l'intérêt de l'argent.

Je ne répèterai pas ce que j'ai dit des variations du taux de l'intérêt, variations qui ne peuvent être prévues et dont il faut bien tenir compte lorsqu'elles se produisent : de ce seul fait, la fixité du rapport entre la cotisation versée et la pension à servir est impossible à établir ; la chose est assez évidente d'elle-même pour qu'il soit inutile d'insister.

Mais la table de mortalité ?

Ce que je disais de la morbidité est également vrai de la mortalité : la société, au bout d'un temps très long, pourra établir sa table propre, mais en attendant, il aura fallu faire usage d'une table existante plus ou moins approximative, qui certainement, présentera des écarts avec les résultats de l'expérience, et, de ces écarts, résultera encore la nécessité de modifier la cotisation pour maintenir le taux de la pension, ou de modifier le taux de la pension, si le sociétaire n'a plus de cotisations à verser ou si l'on veut maintenir la fixité de la cotisation.

Mais ce n'est pas tout ; pour arriver à constituer ce capital qu'on suppose suffisant pour le service de la pension, il faut encore faire intervenir, et la mortalité, et le taux de l'intérêt, ce qui amène forcément les mêmes possibilités de fluctuations du taux de la cotisation.

(1) Voir n° du 22 mars 1914.

La société de secours mutuels ne doit en effet compter que sur elle-même, et ses charges normales doivent être compensées par ses ressources normales. C'est fausser le principe de la mutualité que de faire intervenir des subventions étrangères ; Vimont l'a montré, la mutualité ne doit pas reposer sur la mendicité ; elle n'est pas une forme de l'assistance publique.

Donc, pour la pension comme pour l'indemnité-maladie, la société de secours mutuels ne peut garantir la fixité entre les engagements des sociétaires et ses propres engagements.

Comment donc les sociétés d'assurances à primes fixes peuvent-elles tenir leurs engagements ? C'est en prévoyant dans le calcul de la pension un bénéfice pour la société, et en ayant un capital de garantie qui sert de régulateur aux éventualités, bonnes ou mauvaises, susceptibles de se produire ; c'est aussi en recourant à des placements de fonds plus rémunérateurs, qui sont interdits aux sociétés de secours mutuels ; c'est enfin en bannissant de leurs statuts toutes irrégularités, que les sociétés de secours mutuels sont contraintes moralement d'admettre — les affaires sont les affaires, et le sentimentalisme n'y est pas de mise.

Et si la Caisse nationale des retraites parvient, elle aussi, à maintenir la fixité relative des engagements, c'est qu'elle jouit, de la part de l'Etat, d'une situation privilégiée, grâce à une bonification d'intérêts à laquelle ne peuvent prétendre les autres sociétés, dès qu'elles servent des pensions qui dépassent 360 francs.

Encore, la Caisse nationale des retraites n'est-elle pas absolument à l'abri de toutes fluctuations, ainsi qu'en témoigne la lettre ci-dessous, adressée par le directeur de cette Caisse à une personne de 34 ans, qui lui avait demandé des renseignements au sujet de celle-ci.

CAISSE DES DÉPOTS ET CONSIGNATIONS — Paris, le 11 février 1914.

OBJET

Caisse Nationale des retraites pour la vieillesse

Renseignements

Le Conseiller d'Etat, Directeur Général, à M..... .... Paris.

En réponse à votre lettre du 5 février courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître, tout

d'abord, que les versements à la Caisse nationale des retraites peuvent être faits, à capital aliéné, c'est-à-dire avec abandon définitif des fonds, ou à capital réservé. Dans ce dernier cas, les sommes versées sont remboursées, sans intérêts, au décès du titulaire, à ses héritiers ou à ses ayants droit.

Les sommes versées, dans une année, au compte de la même personne, ne pouvant excéder 500 francs, vous ne sauriez, en raison de cette limitation, vous constituer, à 50 ans, une rente viagère de 1.000 fr. En effet, un versement annuel de 500 frcs (maximum légal) effectué de 34 à 50 ans inclus ne produirait, à ce dernier âge, qu'une rente de 891 frcs, à capital aliéné, ou de 520 frcs à capital réservé.

Vous vous assureriez à 60 ans une rente de 1.000 frcs en versant annuellement, de 34 à 60 ans inclus, une somme de 192 frcs, à capital aliéné, ou de 350 frcs, à capital réservé.

Les chiffres ci-dessus ont été calculés en supposant les versements effectués, chaque année, dans le trimestre qui comprend la date anniversaire de votre naissance ; *ils ne sont d'ailleurs indiqués qu'à titre de renseignement, leur exactitude étant subordonnée au maintien du tarif* 3 1/2 % *actuellement en vigueur.*

Vous trouverez, d'ailleurs, dans la notice ci-jointe, des renseignements généraux sur le fonctionnement de l'Institution, ainsi que des extraits du tarif en vigueur.

Veuillez agréer, etc.

Pour le conseiller d'Etat, Directeur Général
et par autorisation.

Le chef de la 4e division.

Il faut donc s'attendre à quelques aléas dans les sociétés de secours mutuels, la chose est indiscutable, mais ces aléas seront réduits à leur minimum dans les sociétés rationnellement constituées, et il serait regrettable de voir les médecins s'éloigner de la mutualité sous le prétexte que certaines sociétés ont été établies sur des bases erronées.

A un moment où rien n'existait, où il fallait faire œuvre d'initiative, et en marchant, prouver la possibilité du mouvement, il n'est pas étonnant que quelques erreurs aient pu être commises ; mais ces erreurs sont évitées par les sociétés rationnelles qui, surveillant avec attention les résultats de leur propre expérience, sont toujours averties des éventualités fâcheuses et ont toujours la possibilité d'y remédier en temps utile.

A. GASSOT.

MÉDECINE SOCIALE

Les assurances en Allemagne et le corps médical.

Nous avons publié, il y a quelque temps, un article relatif au conflit qui venait de s'élever entre les caisses d'assurances allemandes et les médecins allemands, représentés, dans la circonstance, par l'Union médicale centrale de Leipzig. Ce conflit avait pris en effet un caractère nettement aigu, nos confrères en étant arrivés jusqu'à la menace de grève

Nos voisins du Nord, les Belges, qui sont actuellement aux prises avec leur Parlement et l'opinion publique, au sujet d'une organisation analogue, dont la conception, en ce qui les concerne, les menace dans leurs intérêts les plus immédiats, suivent la crise allemande avec une attention passionnnée. Et notre confrère Dejace, à qui nous faisons si souvent de si larges emprunts, vient de nous apprendre dans son journal, *Le Scalpel*, comment la crise a été dénouée.

Les médecins avaient formulé les prétentions suivantes :

1° Obligation pour les caisses d'assurance contre la maladie de n'agréer les services que des seuls médecins affiliés à l'Union médicale centrale de Leipzig. Contrats collectifs de travail passés entre les caisses et les sections régionales de l'Association fédérale des médecins.

2° Libre choix absolu du médecin pour les affiliés des caisses, parmi les médecins agréés.

3° Tarif des prestations médicales établi par vacation ou intervention, à l'exclusion du forfait et de l'abonnement.

4° Annulation de tous les contrats antérieurs, établissements de nouveaux contrats expirant à date uniforme dans tout l'Empire.

5° Tarif supérieur pour les assurés dont le salaire moyen annuel dépasse 1,800 mark (2,250 francs).

De son côté, la Fédération des assurés demandait :

1° Liberté de traiter avec tous les médecins syndiqués ou non, et, notamment, respect des contrats passés avec les praticiens ayant accepté le rôle de briseurs de grève (les caisses d'assurance payaient en moyenne 8,000 marks (10.000 francs) à ces praticiens) ;

2° Continuation du système du médecin attitré ;

3° Pas de tarif légal, mais liberté de conventions, en tenant compte des usages locaux et des ressources budgétaires

4° Liberté des conventions établies d'après le système forfaitaire ou le système par abonnement ;

5° Pas de contrats uniformes ni de tarifs spéciaux pour les affiliés gagnant plus de 1.800 marks.

La transaction s'est opé ée sur les bases suivantes :

1° Il sera établi auprès de l'Office local d'assurance, un registre médical où tout médecin désirant participer au service de l'assurance contre la maladie devra se faire inscrire. Tout praticien, syndiqué ou non, est autorisé à solliciter son inscription, avec inscription de droit pour tous ceux qui ont précédemment pratiqué.

L'admission sera soumise à l'appréciation d'un Comité émanant des caisses et du corps médical ; toutefois les délégués du corps médical chargés d'accorder l'agrégation seront en majorité des médecins agréés

Un médecin inscrit au registre peut être rayé, s'il refuse par trois fois, sans motif grave, une place de médecin qui lui est offerte par une caisse participante.

2° Tous les médecins inscrits ne sont pas appelés, en principe, à exercer, mais on désignera au moins un médecin par 1,350 assurés, ou par mille assurés, si le service doit comprendre la famille. Le libre choix entre les médecins appartiendra aux assurés, à moins de convention contraire spécifiée.

3° Le mode de rétribution est laissé aux conventions particulières en tenant compte des usages locaux et des capacités des caisses d'assurance.

4° Caisses régionales et médecins admis à exercer formeront des groupements pour élire un comité des contrats, en vue de l'élaboration de ceux-ci. Les contrats seront ensuite passés individuellement entre chaque caisse ou fédération de caisses et chaque médecin en particulier.

5° Si l'entente ne pouvait s'établir pour la conclusion des contrats, médecins et caisses s'engagent à se soumettre à la décision d'un Conseil d'arbitrage (composé de représentants en nombre égal des deux parties), présidé par un fonctionnnaire.

Provisoirement, le système médical actuel (médecin attitré ou libre choix) est maintenu dans chaque cas particulier. Les modifications ne seront établies qu'après accord préalable.

6° La majorité des médecins faisant partie du Comité de contrôle peut obliger les médecins attachés au service à adhérer à un changement de système médical. En ce cas, les conflits seront jugés par le Conseil d'arbitrage dont les décisions sont définitives.

Les tribunaux ordinaires n'ont à connaître que des réclamations d'ordre pécuniaire.

7° Les contrats existants restent intacts.

8° Le contrat ne s'applique ni à l'administration des chemins de fer, ni aux caisses de maladies des mines.

Quelques dispositions spéciales du contrat visent la situation des médecins briseurs de grève.

L'article final rend valable la convention pour la durée du 1er janvier 1914 au 31 décembre 1923, puis, après cette date, par une tacite reconduction, pendant une période indéfinie, sous réserve de dénonciation un an à l'avance, mais toujours au 1er janvier respectif.

En somme, les médecins ne remportent qu'un succès très mitigé, et le gros tremplin des revendications professionnelles actuelles, le libre choix et le tarif à la visite, sort quelque peu amoindr de la lutte

Il nous est difficile de formuler un jugement impartial sur des faits dont les mobiles peuvent fort bien échapper à notre mentalité latine. Il est possible que, de l'autre côté du Rhin, le corps médical considère, eu égard aux circonstances, les résultats obtenus comme parfaitement honorables. Nous n'en sommes pas moins constants dans notre opinion, et nous ne pouvons que déplorer en toute occasion les abdications relatives au forfait et au médecin imposé.

Cette question de l'assurance obligatoire, qui est résolue en Allemagne, qui est d'ailleurs sur le point d'aboutir en Belgique, sera incessamment mise à l'ordre du jour de la Chambre française. Nous serions bien surpris si nos bons démagogues ne cherchaient pas à offrir au peuple, à défaut du « panem et circenses », l'illusion de la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques, sous la forme d'une assurance peu coûteuse. C'est pourquoi nous devons avoir les yeux constamment fixés sur ce qui se passe chez nos voisins, afin de nous prémunir contre les dangers qu'une semblable organisation pourrait faire courir aux intérêts du corps médical.

Une loi d'assurance conçue selon les plans qui viennent d'être mis en pratique en Allemagne comporte des charges infiniment lourdes pour les budgets. « Il se pourrait bien qu'un jour, écrit le correspondant berlinois du *Temps*, les assurances figurassent à côté de l'armée et de la marine parmi les plus coûteuses institutions de l'Allemagne. »

Et la *Belgique médicale* qui commente cet aveu ajoute ces lignes, que nous faisons nôtres résolument :

— Faire des lois sociales, c'est parfait ; cela témoigne d'un altruisme, le plus souvent vulgairement opportuniste, d'ailleurs. Les appliquer, et surtout les bien appliquer, coûte cher. On commence à s'en apercevoir. Et à qui cherchera-t-on à faire payer les conséquences de cette déconvenue ? Aux médecins, parbleu ! A preuve les conflits entre le Leipziger Verband et les mutuelles dont le dernier vient de se terminer par une transaction où les médecins font beaucoup plus de concessions qu'ils n'en reçoivent. Morale : prévenir vaut mieux que guérir. Si nous n'obtenons pas à l'avance des conditions présentables pour la loi assurance maladie, nous serons refaits comme avec la loi accidents, et une ère nouvelle de conflits s'ouvrira ici, qui ne se termineront pas toujours à notre avantage. *Caveant consules* !

G. D.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les internes des hôpitaux et l'exercice de la médecine.

Circulaire Ministérielle

Dans sa circulaire du 15 novembre 1913, mon prédécesseur vous a rappelé dans quelles conditions et sous quelles garanties les étudiants en médecine non encore pourvus du diplôme de docteur peuvent être « autorisés à exercer la médecine à titre de remplaçants. » Les instructions qui vous ont été données à ce sujet subsistent tout entières, je ne puis que vous prier d'en assurer avec soin l'exacte application.

Mais l'examen de cette question générale des « remplaçants » a mis en lumière une question différente, encore que connexe, et qui appelle des explications complémentaires ; je veux parler *des internes des hôpitaux.*

On s'est demandé si ces internes devaient être considérés, par le fait même de leur service, comme exerçant la médecine et si, par conséquent, ils devaient être pourvus au préalable d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet et trimestriellement renouvelable, conformément à l'article 6 de la loi du 30 novembre 1892. Si on avait dû répondre par l'affirmative à la question ainsi posée, il en serait résulté que nul étudiant n'aurait pu être dmis à l'internat qu'à la condition de pouvoir obtenir l'autorisation de remplacement susvisée, c'est-à-dire qu'à la double condition : d'une part, là où les internes ne sont pas recrutés au concours, d'avoir « terminé leur scolarité » et, là où ils sont recrutés au concours, d'être munis de douze inscriptions ; et, d'autre part de poursuivre leurs études médicales en vue de l'obtention du diplôme d'Etat, le seul, ainsi qu'il a été rappelé dans la circulaire du 15 novembre 1913, qui donne droit à l'exercice de la médecine en France. Or, dans de très importantes villes de France, sièges de faculté de médecine ou d'école de plein exercice, et où par ailleurs les services d'hôpitaux sont organisés dans les conditions les plus satisfaisantes, il est de règle constante que les candidats à l'internat ne soient pas astreints à présenter les douze inscriptions. La réponse affirmative à la question envisagée aurait donc eu pour résultat de jeter un trouble profond dans tous ces établissements dont l'illégalité du régime intérieur eût été ainsi proclamée.

Il m'a paru nécessaire de ne point laisser se prolonger une telle incertitude. Il est hors de doute à mes yeux que, sous une réserve qui sera indiquée plus loin, les fonctions d'interne ne peuvent être assimilées à l'exercice de la médecine. Les différences qui existent entre les deux situations sont profondes ; le médecin, et par conséquent l'étudiant qui provisoirement le remplace, a à l'égard de son client toute initiative et toute responsabilité ; l' « élève interne » au contraire, en dehors des fonctions secondaires et très limitées définies au règlement, n'a d'initiative que celle que son chef de service lui laisse sous sa propre responsabilité ; il bénéficie de la direction continue de son chef ; il est soumis à son contrôle en quelque sorte permanent.

Une interprétation trop rigoureuse de la loi de 1892 sur ce point, en même temps qu'elle serait contraire aux intentions du législateur, n'irait pas à moins qu'à compromettre les études médicales pratiques et à bouleverser, sinon à rendre impossible le fonctionnement de nombreux hôpitaux et par suite à porter, à ce double titre, un préjudice grave aux malades eux-mêmes.

Des règles uniformes n'ont jamais été prescrites pour le recrutement des internes ; ces règles varient selon les régions universitaires, et suivant les conditions locales ; la garantie la plus propre à assurer un bon recrutement réside dans ce fait que les médecins qui assument la délicate et lourde responsabilité de diriger un service doivent veiller à ce que les internes soient choisis dans des conditions permettant au chef d'avoir confiance en ses auxiliaires immédiats ; le règlement intérieur de santé qui définit ces conditions est « arrêté par la commission administrative mais avec l'approbation du préfet » (art. 8 de la loi du 7 août 1851) ; il convient que ce règlement, notamment dans ses dispositions relatives au recrutement des internes, soit toujours soumis à l'avis des chefs de service ou de leurs représentants et votre attention devrait être mise très particulièrement en éveil dans le cas où une commission vous demanderit d'aaprouver un règlement au sujet duquel lesdits médecins ou n'auraient pas été consultés ou auraient formulé des critiques.

L'internat doit donc rester ouvert aux étudiants en médecine qui ne sont susceptibles ni d'exercer de façon permanente, ni d'obtenir l'autorisation prévue à l'article 6 de la loi de 1892, de faire des remplacements. Mais il va de soi qu'aux internes restant dans cette catégorie doivent être interdits les actes qui ne sont pas liés essentiellement à la fonction même « d'élève interne », et qui seraient des actes caractéristiques de l'exercice de la médecine, tels que : signature des divers certificats (notamment pour les accidents de travail), signature d'ordonnances médicales à exécuter en dehors de l'établissement. De tels actes ne sauraient être accomplis ou que par des docteurs en médecine ou que par des internes munis d'une autorisation régulière de remplacement dans les conditions spécifiées

par la loi de 1892, précisées dans les instructions du 15 novembre 1913 et rappelées au cours de la présente circulaire.

René RENOULT.

12 mars 1914.

LA MÉDECINE AU PARLEMENT

Proposition de loi tendant à l'inscription dans la loi du libre choix du médecin par l'assisté indigent et du payement à la visite, renvoyée à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales.

Présentée par MM. Henri MAITRE et GILBERT LAURENT, députés.

Exposé des motifs.

Messieurs,

De nombreux départements ont adopté le libre choix du médecin par l'assisté indigent. D'autres sont restés plus ou moins réfractaires à ce principe de justice et ont laissé au préfet le soin de désigner les médecins de l'assistance publique ou ont créé eux-mêmes des circonscriptions médicales. Les uns ont décidé de payer le médecin à la visite ; les autres à l'abonnement ou à forfait.

Cette diversité, outre qu'elle choque le bon sens, nous parait préjudiciable aux intérêts des malades et de l'ensemble du corps médical.

Elle prouve l'imprudence du législateur qui, au lieu de poser des principes ayant force de loi, a laissé aux assemblées départementales, par l'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, le soin d'organiser le service de l'assistance médicale sans apporter à ce droit aucune restriction.

Le législateur s'est d'ailleurs rendu compte de son imprudence, puisque, appelé à légiférer de nouveau dans une question semblable, il a, par la loi de 1905, laissé au blessé du travail le choix de son médecin, en même temps qu'il supprimait tout tarif à forfait pour les soins médicaux.

C'est une disposition analogue que nous voudrions introduire dans la loi du 15 juillet 1893, afin de soustraire à la volonté des assemblées départementales la question du libre choix du médecin par l'assisté et celle des honoraires.

Dans l'exposé des motifs de notre proposition, nous allons passer en revue les différents intérêts en présence, puis nous demander si, au point de vue des finances départementales et communales, le système du libre choix avec tarif à la visite est plus onéreux que le système à l'abonnement.

Examinons d'abord la question du libre choix.

L'indigent malade n'a qu'un capital : sa santé, il peut donc avoir le légitime désir que ce capital-travail soit soigné le mieux possible. La société trouve aussi son compte à ce qu'il en soit ainsi : le travail de l'indigent manquant à la collectivité, c'est une source de profits qui disparaît pour elle ; il faut réduire au minimum cette perte de productivité.

Quel est le médecin qui pourra soigner avec le plus de chance de rapide succès le malade ?

Pour répondre à cette question, il ne faut pas considérer des cas particuliers, mais envisager l'ensemble des cas. Or, il est évident que si l'on pose ainsi le problème, la réponse n'est pas douteuse : le médecin qui soignera le mieux est *celui en qui le malade a confiance*, et non le médecin qui lui est imposé.

La question de capacité professionnelle ne joue pas, en effet, un rôle unique dans la guérison. Il y a aussi la confiance du client. Le médecin qui la possède exerce souvent une action décisive sur le moral du malade ; s'il le connaît bien, il sait quel est son tempérament, ses habitudes, et surtout il peut plus aisément obtenir la confession, qu'on refuse à l'étranger ou au docteur dont on se méfie.

Bien souvent, le médecin désigné par l'administration n'est pas voisin du lieu où habite l'indigent. Si celui-ci veut lui faire une visite au lieu de l'appeler en consultation à domicile, il doit perdre un temps précieux pour lui et pour les siens. Il veut être *rapidement guéri*, parce que son travail nourrit sa famille et surtout éviter les dérangements longs et dispendieux. Il ne le peut que s'il a la faculté de choisir pour le soigner le médecin le plus proche.

Aussi a-t-il le plus grand intérêt à ce que le libre choix soit inscrit dans la loi. Du moment que l'on a admis le droit pour lui d'être soigné gratuitement par la collectivité, on ne comprend pas qu'il ne jouisse pas également du droit de choisir librement celui auquel il confiera le soin de lui rendre la santé.

Les médecins ont un intérêt tout aussi évident à ce que notre proposition soit adoptée.

Ils admettent difficilement l'institution d'une catégorie de docteurs privilégiés, désignés par l'autorité administrative. Dans certains départements, on a établi des circonscriptions, et l'on a attribué à un médecin désigné par le préfet chacune de ces circonscriptions. Le médecin de l'assistance devient ainsi un véritable fonctionnaire, aux ordres de la préfecture. On songe peut-être à en faire un agent électoral, et le danger serait grand, si le corps médical n'était pas si justement jaloux de son indépendance et de sa dignité. Car il faut dire à l'honneur des médecins choisis par l'administration, qu'ils sont les plus ardents à réclamer l'égalité pour tous.

C'est avec peine qu'ils voient des collègues mé-

ritants écartés impitoyablement en raison de leurs opinions politiques. Lorsqu'il s'agit de secourir les malheureux et d'appliquer l'une de nos plus belles lois de solidarité sociale, ils ne peuvent concevoir que l'on fasse de ce double et généreux but l'enjeu des partis.

Puis, n'est-ce pas imposer au médecin une besogne pénible, ravaler son rôle si élevé,qui se double presque toujours de celui d'ami et de confident, que de le forcer à soigner un malade chez lequel il ne sent pas cette confiance, souvent première condition requise pour la guérison?

Ces raisons si claires et si décisives ont convaincu la grande majorité de nos conseils généraux. Quelques-uns sont restés réfractaires et — s'il convient de légiférer pour eux — il n'est pas nécessaire d'établir l'unité de doctrine et de loi pour les autres, qui entendent de façon si diverse le libre choix.

Le libre choix existe dans 60 départements. Mais dans les uns, la liberté est absolue : l'assisté appelle le médecin de son choix quand et comme il lui plaît, alors que dans certains autres, l'assisté exerce son choix au commencement de l'année et ne peut plus changer de médecin au cours de cette année. La *Côte-d'Or* et le *Rhône* ont décidé que l'assisté ne pouvait changer de traitant pendant une même maladie. L'*Ardèche*, le *Cher*, la *Creuse*, le *Finistère*, la *Mayenne*, l'*Oise* et la *Savoie* ont établi le choix seulement entre les médecins les plus rapprochés ; l'*Aude* et la *Seine-et-Oise*, seulement entre les médecins de la région ; la *Dordogne*, la *Haute-Garonne* et le *Nord*, seulement entre deux médecins.

Quant aux départements qui ont le système des circonscriptions, tantôt ils laissent aux préfets le soin d'établir ces circonscriptions, tantôt — et il en est ainsi dans l'*Ariège*, l'*Aube* et le *Var* — ils accordent une circonscription à tous les médecins sans exception.

Le mode de rémunération n'est pas moins différent.

Il se fait à *la visite* dans 51 départements, *à l'abonnement* dans 21, suivant le système *du forfait* dans 5,— les autres ont adopté un *procédé mixte* : ils ont des communes ayant le tarif à la visite,d' autres, l'abonnement ou le système forfaitaire.

Quel est le système qui *socialement* est le meilleur ?

Evidemment, celui qui saura concilier l'intérêt du malade et celui du médecin. — Le malade désire que son médecin soit rétribué suffisamment, à la visite, *suivant le travail accompli*, pour que le praticien consacre aux soins à donner tout le temps nécessaire, au lieu de ne faire sa visite que comme une corvée sociale. Se sachant bien soigné, le malade préfèrera rester chez lui que d'aller à l'hôpital, *d'où économie* pour les budgets d'assistance, puisque toutes les statistiques budgétaires démontrent que *le prix d'hospitalisation est de 2/3 plus cher que la journée de soins à domicile*

L'intérêt du médecin est identique à celui du malade : bien payé à la visite, il restera chez l'indigent comme chez tout malade qui le fait vivre honorablement. Mal payé ou payé à forfait, il est tenté de faire vite, ou de se débarrasser du malade en le dirigeant sur l'hôpital.

Mais nous venons d'examiner le côté théorique de la question. Or, l'objection principale qu'on adresse au libre choix avec tarif à la visite est d'ordre financier.

La question portée sur ce terrain peut ainsi se poser : *peut-on concilier l'économie avec le libre choix et le système à la visite* ?

Et d'abord les statistiques officielles permettent-elles de comparer entre eux les différents départements de France, pour établir quel est le plus économique des systèmes employés ?

Un pareil travail ne nous apporterait pas les précisions nécessaires. Les raisons en sont multiples, et M. le docteur Paul Boudin, secrétaire général du *Concours médical*, les expose excellemment dans une étude qu'il consacre à la questio

On peut ainsi les résumer :

Les statistiques de comparaison sont faussées par les raisons suivantes :

1° Les distances kilométriques, qui varient dans des proportions considérables suivant qu'il s'agit de pays agglomérés ou disséminés ;

2° L'autonomie de certaines villes dont les dépenses ne figurent pas au budget départemental de l'assistance médicale gratuite ;

3° L'allocation à certains médecins d'un traitement fixe par des localités ayant recours à ce moyen pour s'assurer un docteur, allocation qui doit être allouée en conformité de la jurisprudence du Conseil d'Etat sous la rubrique « assistance médicale gratuite ;

4° La dotation de certains bureaux de bienfaisance qui peut suffire à faire face à tout ou partie des besoins de l'assistance médicale gratuite dans les communes où ils fonctionnent, et qui ne figurent pas au budget départemental ;

5° La présence, dans certains pays, d'institutions de bienfaisance, asiles et hôpitaux privés, qui soulagent les dépenses du département ;

6° La plus ou moins grande surveillance qui fait qu'ici les maires, les médecins, les pharmaciens, les indigents, peuvent commettre des abus, conscients ou involontaires, qui ont leur répercussion financière

Enfin la diversité des systèmes de libre choix adoptés.

Comment comparer, dans ces conditions, les budgets des différents départements et conclure, avec chiffres à l'appui, que tel département à

forfait dépense plus ou moins que son voisin qui a le libre choix et le tarif à la visite ?

Mieux vaut poser autrement la question et nous demander non pas si tel département dépense *plus* que tel autre pour l'assistance médicale gratuite, mais s'il dépense *trop*.

Il ne dépensera pas *trop* s'il sait s'entourer des précautions nécessaires.

Il devra exiger des communes qu'elles exercent un contrôle sévère lors de la confection des listes d'assistance, afin d'éviter les inscriptions non justifiées ; il devra aussi exiger qu'elles surveillent l'indigent, afin que celui-ci ne fasse pas venir le médecin à domicile lorsqu'il peut, sans grand dommage pour lui, se rendre au cabinet du médecin et éviter ainsi que le prix de la visite ne soit majoré du tarif kilométrique.

Ces précautions prises, il trouvera dans le libre choix avec tarif à la visite, des avantages. Le malade sera moins souvent dirigé sur l'hôpital qu'avec le forfait et il y aura une moins grande prodigalité de médicaments.

La note du médecin sera plus élevée, mais outre que cette majoration trouvera sa contrepartie dans la diminution des frais pharmaceutiques et d'hospitalisation, il ne faut pas oublier que médecin et malade ont intérêt au tarif à la visite.

C'est plus qu'il n'en faut pour l'inscrire dans la loi, ainsi que le libre choix, comme on l'a fait sagement en votant la loi de 1905 sur les accidents du travail.

Proposition de loi.

Article unique

L'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite est ainsi modifié :

« Il est organisé dans chaque département, sous l'autorité du Préfet et suivant les conditions déterminées par la présente loi, un service d'assistance médicale gratuite pour les malades privés de ressources. *Ces malades pourront choisir librement leur médecin qui sera rémunéré à la visite, suivant un tarif fixé par le Conseil général.*

« Le Conseil général délibèrera, en outre, dans es conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 : sur la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattachée chaque commune (ou syndicat de communes); sur la part de la dépense incombant aux communes et au département

---

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Malgré les termes « clairs, nets et précis » de l'art. 10 du Tarif Dubief (comme le proclament de nombreux jugements d'appel), il était des médecins experts concluant en faveur des Compagnies contre leurs confrères en refusant le cumul. Il était aussi des juges de paix qui acceptaient ces conclusions en s'autorisant des imprimés que leur adressent les Compagnies d'assurances. Ces imprimés contenaient un ou deux jugements d'appel, et un ou deux rapports d'expert refusant le cumul. Ces experts, par leur singulière façon d'interpréter des textes « clairs, nets et précis », ont fait perdre, en une dizaine d'années, plusieurs millions dont ont profité des assureurs au détriment d'honnêtes praticiens.

Pour répondre à ces manœuvres, Diverneresse a rédigé des conclusions, dont nous avons fait un tirage à part et que nous pourrons en cas de besoin adresser aux membres du « Sou Médical ». Voici ces conclusions que nous publions pour les abonnés du « Concours » :

Conclusions

déposées à l'audience du Tribunal de

Le 191 .

Pour Demandeur.

Contre Défendeur.

Plaise à Monsieur le Président.

Sur le cumul.

I. DISCUSSION

Attendu que même si on admettait que la phrase de l'art. 10 du tarif Dubief : « *en sus du prix de la consultation ou de la visite* », veuille dire seulement en sus du prix de la consultation ou de la visite à la suite de laquelle le médecin décide de faire telle ou telle intervention, il ne serait pas possible d'admettre qu'un médecin se rende coupable de répéter une intervention (massage, électricité, etc., etc.), sans examiner au préalable son malade pour rechercher si, à la suite de la précédente intervention, il ne s'est pas produit des modifications (arthrites, phénomènes inflammatoires ou autres) qui pourraient le décider à reculer ou à modifier l'intervention qu'il avait jugé la veille utile de répéter le lendemain

Attendu que cet examen au moment de chaque intervention donne précisément au blessé massé par un médecin plus de sécurité qu'au blessé massé par un simple infirmier ;

Attendu qu'on ne saurait prétendre qu'un médecin, qui a décidé la veille de faire un massage le lendemain, doit le lendemain se mettre un bandeau sur les yeux et masser automatique-

ment quand même, quoi qu'il ait pu se produire, et mettre ainsi en jeu la santé d'un blessé, dans le seul but de conserver 2 francs de plus dans le coffre-fort d'une riche compagnie.

Mais attendu qu'en réalité, en disant : « Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la consultation ou de la visite, aux allocations ci-après ... », les auteurs du tarif ont entendu uniquement ***prendre pour base, pour étalon, pour terme de comparaison***, le prix de l'acte médical fondamental, qui est la visite ou la consultation, pour comparer à cet acte médical fondamental les autres interventions et déduire de cette comparaison l'importance d'un acte médical, et par suite l'importance de son prix ; que c'est ainsi qu'ils ont dit : tel acte médical équivaut à 2 ou 3 visites et qu'ils ont écrit : « en sus du prix de la visite » ; cet acte médical ***vaut en plus*** 2 visites ou 3 visites ; on dit de même une pièce de 20 francs ***équivaut à 19 fois le franc, plus l'unité du franc qui est l'étalon monétaire*** ;

Attendu, en outre, que l'article 10 s'exprime ainsi :

« Les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit, *en sus du prix de la consultation* ou *de la visite*, aux allocations spécifiées ci-après : .... » ; qu'ensuite dans le paragraphe A, sont énumérées les allocations ne correspondant qu'au prix d'une visite et d'une consultation en sus du prix de celle-ci, et que dans le paragraphe B, relatif aux « allocations comprenant le prix de deux visites ou consultations » figure sous le numéro 7, « *le pansement antiseptique complet*, le pansement hémostatique ou grands bandages compressifs ; »

Qu'il résulte de ce texte précis, dont l'application s'impose aux tribunaux, que toutes les fois qu'il y a lieu de faire à un blessé un pansement antiseptique complet, cette opération donne lieu à l'addition, au prix de la consultation, de l'allocation prévue au paragraphe B ;

Attendu qu'en outre le tarif contient d'autres dispositions qui démontrent que, lorsqu'on a voulu faire une exception à la règle générale édictée dans l'article 10, prévoyant l'addition du prix d'une ou plusieurs consultations au prix de la visite pour les opérations de petite chirurgie, on a pris soin de spécifier cette exception dans les 3 cas suivants :

1° Que l'article 3 vise le pansement aseptique simple, ou petit pansement, opération considérée comme de moindre importance que le *pansement antiseptique*, et édicte que : « le prix de la visite ou de la consultation comprend un pansement aseptique simple, ou petit pansement » et que, cependant, comme le pansement aseptique de la première visite ou consultation comporte nécessairement un plus long examen que les pansements consécutifs, le deuxième paragraphe du même article s'exprime ainsi :

« Néanmoins, pour le pansement aseptique fait au cours de la première visite ou consultation, il est alloué un honoraire égal à celui de la visite ou de la consultation, tel que le déterminent les articles 1 et 2 ; »

2° Qu'à la fin du paragraphe B de l'article 10 comprenant le pansement antiseptique complet parmi les opérations de petite chirurgie devant être rémunérées par une allocation correspondant au prix de deux visites, en sus de la visite ou consultation, figure la note ci-après : « *Lorsque* « *le traitement d'une plaie exigera, au cours d'une* « *même visite ou consultation, plusieurs des opé-* « *rations suivantes : ablation d'esquilles, de pointes* « *osseuses, d'ongles semi-détachés, de parties con-* « *damnées, ces opérations ne seront pas comptées* « *distinctement, et il ne sera alloué que l'honoraire* « *afférent à l'une d'elles* » ; qu'il en résulte que si la rémunération équivalente au prix de 3 consultations, prévue par ce paragraphe pour le pansement antiseptique, n'est pas susceptible de réduction, par suite d'une distinction arbitraire qui serait faite entre la consultation initiale et les suivantes, d'autre part aucune majoration ne peut être faite, même si à cette opération s'en ajoutent une ou plusieurs autres parmi celles spécifiées dans la dite note ;

3° Que d'ailleurs, lorsque le tarif compte pour une visite à heure fixe, deux visites (art. 4) ; pour une visite de nuit (art. 5), 3 visites ; pour une visite prolongée (art. 6) de deux à cinq visites ; cela ne veut pas dire que le médecin a fait dans ces différents cas 2, 3 ou 5 visites. Ces exemples démontrent au contraire que, dans l'article 10, comme dans tous les autres, les rédacteurs du tarif ont calculé les allocations sur une même base : la valeur de la visite ou consultation, qu'il y avait lieu de doubler, tripler, etc., suivant les cas ;

4° Qu'enfin lorsque le tarif aborde la rémunération à allouer aux médecins spécialistes dont le médecin traitant aura jugé l'intervention nécessaire, il est spécifié dans l'article 14, paragraphe A, pour les médecins oculistes, que l'examen du blessé, *y compris un pansement simple*, est tarifé 3 francs, et dans le paragraphe B, pour les médecins oto-rhino-laryngologistes, que la rémunération pour le même travail médical est de 5 fr. ;

Que par suite, il est indiscutable que toutes les fois que les rédacteurs du tarif ont voulu déroger au principe qu'en matière d'opérations de petite chirurgie, l'allocation correspondante s'ajoute au prix de la visite ou consultation qui les précèdent, ils l'ont formellement édicté ;

Attendu que la compagnie d'assurances a

persisté dans ses offres, et dans son refus d'accepter le cumul, voulant ainsi pratiquer vis-à-vis du médecin choisi par l'ouvrier la manœuvre habituelle consistant à épuiser, pour lasser le médecin, toutes les ressources de l'action judiciaire;

Attendu que pour surprendre la bonne foi des magistrats, les assureurs ou employeurs ont fait imprimer un rapport du Dr Mathieu sur le cumul, et un jugement du tribunal de paix du 2e canton de Lyon en date du 12 mars 1912 ;

Attendu que les assureu s ont également fait imprimer pour les distribuer les jugements suivants :

Justice de paix de St-Etienne (canton Nord Ouest), 11 décembre 1907 ;

Tribunal civil d'Uzès, 3 mai 1910 ;

Justice de paix 4e arrond. de Paris, 17 novembre 1910, favorables à la thèse des assureurs en dépit du texte précis de l'art. 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 (tarif Dubief).

II. JURISPRUDENCE.

Attendu que les assureurs, dans leur énumération, ont volontairement omis de mentionner les nombreux jugements de tribunaux civils qui admettent le cumul et qu'ils ne produisent qu'un seul jugement de tribunal civil ;

Attendu que, pour éclairer complètement le juge, il devient nécessaire de rappeler quelques décisions favorables au cumul

A. Des tribunaux de première instance, jugeant en appel ;

B. Des tribunaux de paix.

A. — Tribunaux de 1re instance.

Statuant commes juges d'appel.

1o

Le tribunal de Lyon, le 8 avril 1908, 2e chamre :

Attendu que ce texte (art. 10, tarif Dubief), parfaitement clair, ne saurait donner lieu à une interprétation, qu'il résulte de ces mots « en sus du prix de la consultation ou de la visite », e. que toutes les fois qu'un médecin se rend chez un blessé pour procéder à une opération de petite chirurgie, il a droit : 1o au prix d'une visite ; 2o à l'allocation pour l'opération ; que la prétention de ne payer que les opérations, en retranchant le prix des visites, est absolument inadmissible. »

(*La copie du jugement, délivrée par le greffier, est aux archives du « Sou médical »*.)

(*Concours Médical*. 21 juin 1908, no 23, page 445.)

2o

Le tribunal civil de la Seine, le 23 juin 1908 4e chambre, 3e section), a admis le cumul en disant :

Attendu qu'il faut écarter tout d'abord la première critique formulée à ce sujet, aux termes de laquelle le Dr L. n'aurait pas dû réclamer le prix de sa visite, lorsqu'il pratiquait des massages ou des électrisations, l'émolument qui lui est accordé pour ces massages ou ces électrisations devant comprendre le prix de la visite ;

Attendu que cet argument est absolument contraire aux termes de l'article précité, qui énonce, d'une façon très précise, que les soins médicaux de petite chirurgie donnent droit, en sus du prix de la visite, aux allocations, etc.»

(Dalloz, 1909, 5. 29.) (*Gazette des Tribunaux*, 3 et 4 août 1908.)

3o

Le tribunal d'Aix, le 29 octobre 1908, admet le cumul en disant :

« Attendu que devant les termes très clairs du texte, il est impossible de refuser au médecin traitant le prix de la visite en sus de l'allocation correspondant aux opérations mentionnées ;

« Que décider autrement ce serait non pas interpréter le texte, mais le modifier ; ce qu excéderait le pouvoir du juge. »

(*Recueil de jurisprudence publié par le ministère du travail*, no 35, tome XI, page 31.)

(*Concours Médical*, 17 janvier 1909, no 3, page 55.)

4o

Le tribunal civil de la Seine (4e chambre, 3e section), 15 février 1909 (Dr D., de St-Mandé, contre M.), admet le cumul en disant :

Attendu que l'art. 10, alinéa 13 (tarif Dubief), accorde pour chaque séance complète de massages autres que ceux de la main ou du pied une allocation correspondant au prix de 2 *visites ou consultations* en sus du prix de la consultation ou de la visite ; que par suite, la visite étant de 2 fr. 50, le médecin traitant a donc bien droit à une somme de 12 fois 7 fr. 50, soit 90 francs.

(*Concours médical*, 15 août 1909, no 33, page 633.)

5o

Le Tribunal de Nantes, le 2 décembre 1909, jugeant en appel d'une décision du juge de paix du 4e canton de Nantes, en date du 13 juillet 1909, qui réduisait à 340 francs pour 85 massages, à 20 francs pour deux consultations, la note d'un médecin qui réclamait 510 francs, admet le cumul en disant :

Attendu que les termes de l'art. 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 sont aussi formels que précis ;

Qu'il est impossible, en présence d'un texte aussi clair, de refuser au médecin traitant le prix de la visite ou de la consultation correspondant au nombre des massages qui ne sont pas contestés ;

Qu'une décision contraire n'est plus une interprétation du texte, mais une modification complète comportant une restriction inspirée par la crainte des abus et exagérations auxquels il peut donner naissance ;

Que les tribunaux n'ont pas le pouvoir de modifier la loi ;

Condamne l'adversaire à payer au médecin, en sus du prix de l'intervention chirurgicale, le prix de la consultation ou visite.

(*Recueil jurisprud. accid.*, *ministère du Travail*, nº 41, tome XIII, p. 51.)

(*Concours Médical*, 1910, nº 16, p. 348.)

6

Le tribunal civil de Cambrai, le 19 janvier 1911, admet le cumul en disant :

Attendu que l'article 10 est ainsi conçu :

« Que dans ces conditions, les médecins choisis par les victimes d'accident du travail ont le droit de cumuler le prix de la consultation ou de la visite avec les allocations correspondant aux prix de petite ou grande chirurgie ».

(*Rec. jurisprud. accid.*, *ministère du trav.*, nº 43, tome XIV, p. 88.)

(*Conc. Médic.*, 1911, nº 20, p. 445.)

7º

Le tribunal civil d'Alais, le 8 avril 1911, admet le cumul en disant :

Attendu que ce cumul ne saurait être sérieusement contesté, ainsi qu'il en a été fréquemment jugé ;

Qu'il suffit de lire, pour s'en convaincre, l'article 10 du tarif, qui édicte formellement que les allocations sont payées en sus du prix de la consultation ou visite

(*Rec. jurispr. accid.*, *minist. trav.*, nº 43, tome XIV, p. 108.)

(*Conc. Médic.*, 1911, nº 20, p. 444.)

B. — Tribunaux de paix.

Attendu enfin qu'il existe également de nombreux jugements de tribunaux de paix admettant le cumul et notamment ceux de :

1907

Rennes, 18 janvier 1907. (*Concours Médical*, 2 juin 1907, nº 22, page 397.)

Paris, VIIIe arrond., 5 avril 1907. (*Conc. méd.*, 30 juin 1907, page 468.)

St-Denis, 26 juillet 1907. (*Dossiers Diverneresse.*)

St-Etienne (*Canton Sud-Est*), 1er oct. 1907. (*Concours Médical*, 1908, nº 1, page 10.)

Paris, XIIIe arrond., 18 octobre 1907. (*Conc Médical*, 1908, nº 1, page 11.)

Paris, XVIIe arrond., 2 nov. 1907.

Vienne (*Isère*), 2 nov. 1907. (*Conc Méd.*, 1907, nº 50, p. 895.)

Buchy (*Seine-Inférieure*), 4 déc. 1907. (*Conc. Méd.*, 1908, nº 1, page 10.)

1908

Lyons-la-Forêt (*Seine-Inférieure*), 10 janvier 1908.

Paris, XVIIIe arrond., 29 mai 1908. (*Conc. Méd.*, 1908, nº 31, p. 553.)

Marseille, 3e *canton*, 3 juillet 1908. (*Conc. Méd.*, 1908, nº 47, p. 848.)

1909

Bordeaux, 7e *canton*, 11 février 1909. (*Conc. Méd.*, 1909, page 361.)

Paris, XVIIe arrond., 9 avril 1909. (*Conc. Méd.*, 1909, 26 sept., nº 39, page 723.)

1910

Carnières (*Nord*), 2 juin 1910. (*Conc. Méd.*, 1910, p. 665.)

1911

Lille, IIe arrond., 22 février 1911.

Montrichard, 25 février 1911.

1913

Nîmes, 3e *canton*, 13 nov. 1913. (*Echo Médical des Cévennes*, janvier 1914, page 13.)

Par ces motifs :

Dire et juger que, par application de l'art.....
c'est à bon droit que le Dr X.,
porte sur sa note le prix de *x*,
équivalent à ...... visites ou consultations, pour chaque (massage ou électrisation), pratiqués sur l'ouvrier A,
et qu'il lui est dû de ce chef ...... francs pour ...... de séances de massages ou électrisations.

Condamner en conséquence Z. à payer audit Dr X., la somme de
montant de son mémoire d'honoraires pour soins donnés à A., ouvrier blessé au service de ce dernier, avec les intérêts de droit.

Et le condamner en tous les dépens.

Signature du défendeur.

DÉONTOLOGIE

Confiscation des ordonnances médicales par les pharmaciens (1).

(*Suite*)

La confiscation de l'ordonnance médicale par le pharmacien est préjudiciable au médecin de la façon suivante.

Le médecin qui va soigner un malade de l'assistance, compagnie d'assurances, ou mutualité, fait une ordonnance sur laquelle il indique les médicaments et la manière de les prendre, ainsi que les régimes à suivre ou les soins nécessités par l'état du malade.

Si le client habite la campagne, on ne le voit pas tous les jours. Souvent donc on ordonne des traitements pour 2 à 3 jours, en spécifiant sur l'ordonnance que si tel phénomène se présente, on se comportera de telle ou telle façon, on cessera ou reprendra telle potion, etc....

Le client porte cette ordonnance chez le pharmacien, qui délivre les remèdes, mais garde l'ordonnance.

Voici donc le malade (d'une intellectualité quelquefois plus ou moins développée) en possession de ses remèdes ; or, généralement, il n'a compris que vaguement les prescriptions du médecin.

Si c'est un client ordinaire, il se reportera à l'ordonnance du médecin pour connaître la manière dont il devra s'en servir. Si c'est un client d'Assurance, ou de Mutualité ou d'Assistance, *l'ordonnance ayant été gardée par le pharmacien, il possède des remèdes mais ne sait pas comment les prendre : il s'en sert au petit bonheur.*

Le pharmacien en effet ne peut mettre sur les étiquettes des flacons, boîtes, etc... que des indications fort sommaires. Il indique bien le nombre de cuillers à prendre par jour, mais il ne peut pas y mentionner qu'il faudra cesser la potion si tel phénomène se produit.

Quant aux régimes à suivre, soins à prendre du malade, etc... tout cela devient lettre morte pour le client.

Par conséquent, pour ces sortes de malades, il est inutile que le médecin fasse une ordonnance détaillée. Il lui suffit d'indiquer la formule de la potion. Il donnera ensuite de vive voix des explications au malade, mais cela par acquit de conscience, car la famille oubliera les explications immédiatement après qu'elles auront été données.

Donc la manière de procéder des Assurances, Mutualités et Assistance pose le dilemme suivant :

Ou bien le client aura des remèdes dont il ne saura pas ou peu se servir, et manquera des indications nécessaires pour se soigner.

Ou bien le médecin sera obligé de rédiger deux ordonnances ; l'une pour le pharmacien, ne contenant que la formule des remèdes : l'autre pour le client, contenant la manière d'employer ces remèdes, les régimes à suivre et les soins à donner aux malades.

Le médecin sera donc obligé, pour ces catégories de malades, de faire deux ordonnances au lieu d'une. Il aura donc double peine, et cela précisément au sujet d'un client dont la visite lui rapportera un honoraire inférieur au tarif courant, puisque les Mutualités, Assistance médicale gratuite et Assurances d'accidents du travail ont des tarifs réduits.

Ces procédés des compagnies, sont donc abusifs envers le médecin et portent préjudice au malade qui risque d'être mal soigné.

Du reste, il est souvent utile au médecin, dans le cours d'une longue maladie, de pouvoir examiner les ordonnances précédemment délivrées au malade (de là la rubrique actuelle sur les ordonnances : « *rapporter l'ordonnance* ») pour se remémorer les différents traitements employés jusqu'à ce jour.

Souvent aussi, il est utile de connaître les doses d'une potion précédemment donnée et que, suivant l'effet produit, on devra augmenter ou diminuer. Quand on a un certain nombre de malades à soigner, il est impossible de se rappeler exactement les doses des potions de chacun d'eux. Donc, si on veut les modifier, on se reporte à l'ordonnance précédente, chose qui devient impossible si l'ordonnance a été conservée par le pharmacien.

Si le pharmacien conserve l'ordonnance, le médecin perd ainsi un moyen de contrôle et d'orientation dans le traitement du malade, Il y a par là-même préjudice causé au malade et au médecin.

Ces assurances ont-elles donc le droit d'exiger que le pharmacien leur remette l'ordonnance avec sa note d'honoraires, le forçant par là-même à conserver l'ordonnance dès qu'elle lui est apportée par le client ?

Ou bien le malade a-t-il le droit d'exiger que l'ordonnance lui soit rendue, pour la conserver chez lui et en faire ce que bon lui semblera, la considérant comme sa propriété particulière ? Tel est le problème qui se pose.

Il faudrait, sans nuire au pharmacien, pouvoir forcer les Assurances, Mutualités, Assistance gratuite à changer leur manière de faire actuelle et obtenir *que le malade conservât son ordonnance.* Mais pour cela, il faudrait que médecins et clients pussent se baser sur un texte de loi quelconque, pour lutter contre l'usage établi par les mutualités, etc.

Les Syndicats médicaux devraient donc user de leur influence auprès des Pouvoirs publics, pour qu'il y ait un règlement ou une convention légale (article de loi quelconque) établissant *nettement ce qui doit se faire dans ce cas-là.* Texte de loi déclarant que : *l'ordonnance médicale étant la propriété du malade, elle doi*

(1) Voir *Concours Médical,* n° 12, 22 mars 1914, p. 774.

toujours lui être rendue par le pharmacien, sans qu'on puisse jamais demander au malade de s'en dessaisir sous quelque prétexte que ce soit.

Si un règlement légal de ce genre existait, les médecins pourraient se baser sur lui pour obliger les Assurances, Mutualités et Assistance gratuite à changer leur manière de faire actuelle. On pourrait ainsi déclarer au malade que, l'ordonnance étant sa propriété, il a le droit de se la faire rendre par le pharmacien.

Grâce à ce texte de loi (jugement d'un tribunal civil, etc...) les Assurances, Mutualités et Assistance médicale gratuite n'auraient plus la faculté d'exiger des pharmaciens la production de l'ordonnance médicale, en même temps que la note de ses honoraires pharmaceutiques.

Le pharmacien, à son tour, pourrait exiger d'être payé intégralement, sur la seule production de sa note d'honoraires, sans fournir aucune ordonnance médicale justificative.

Un semblable changement dans les us et coutumes des Mutualités, Assurances et Assistance médicale gratuite ne peut pas être obtenu par chaque médecin, agissant pour son propre compte. Si chaque médecin, pris individuellement, voulait entreprendre la lutte, il serait vaincu d'avance et n'obtiendrait rien des Sociétés en question, qui le considéreraient comme quantité négligeable.

Pour obtenir de semblables réformes, il faut que les sociétés ci-dessus nommées, trouvent en face d'elles des associations aussi puissantes qu'elles-mêmes. *Seuls donc les Syndicats médicaux peuvent entreprendre la lutte et réclamer avec chance de succès.*

Au point de vue de l'Assistance médicale gratuite et des Compagnies d'assurances, il faudrait que ce soit l'Union des Syndicats médicaux de France qui entrât en pourparlers avec les puissances rivales, et leur imposât sa manière de voir. Ces sociétés, ayant en face d'elles le *Corps médical tout entier*, seraient obligées de céder.

Pour les Mutualités, l'Union des Syndicats médicaux interviendrait aussi, mais par l'intermédiaire de chaque Syndicat médical local, qui discuterait avec les mutualités de son ressort.

C'est dans de semblables circonstances que l'on voit l'utilité des Syndicats médicaux et leur puissance. Ce que chaque médecin isolé ne pourrait pas faire, les Syndicats peuvent l'obtenir, car ils sont une force avec laquelle il faut compter.

***

Conclusions.

D'après les coutumes actuelles, l'Assistance médicale gratuite, les Compagnies d'assurances et les Mutualités exigent que les pharmaciens leur remettent les ordonnances médicales, en même temps que leurs notes d'honoraires.

Cette manière d'agir est un abus de la part de ces Sociétés, car l'ordonnance est la propriété du malade ; il doit donc la conserver et en pouvoir faire ce que bon lui semblera.

De plus, par cette coutume, les sociétés portent préjudice au malade et au médecin.

En ce qui concerne le malade, le secret professionnel médical n'existe pour ainsi dire plus du tout. En effet, par la lecture des ordonnances médicales, les représentants des sociétés peuvent connaître la maladie de leurs clients, ce qui, dans certains cas, peut être fort désagréable pour ces derniers.

Les décisions administratives et juridiques prises pour sauvegarder le secret professionnel médical en ce qui concerne les certificats médicaux devraient l'être aussi envers les ordonnances médicales, puisque dans l'un et l'autre cas, on peut connaître la nature et le nom de la maladie.

A ce sujet, il faudrait se conformer aux décisions prises en 1912 par deux Ministres du Travail et de la Prévoyance sociale ; manière de voir qui a aussi été adoptée par le tribunal de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure). *Jugement du tribunal civil de Rochefort-sur-Mer en date du 22 avril* 1913.

Enfin le pharmacien conservant l'ordonnance médicale, aussitôt qu'elle lui est apportée, le malade se trouve avoir des remèdes dont il ne connaît pas suffisamment le mode d'emploi.

En ce qui concerne le médecin, ce dernier a souvent besoin de relire ses ordonnances antérieures, pour se remémorer les médicaments ordonnés ou les doses auxquelles il les a prescrits. Or la chose devient impossible puisque le pharmacien a gardé les ordonnances.

Pour éviter ces désagréments et pour que le malade puisse se soigner sérieusement, le médecin est obligé de rédiger deux ordonnances, l'une pour le pharmacien, l'autre pour le malade. Donc, double travail, précisément au sujet d'un malade pour lequel le médecin touchera des honoraires inférieurs à son tarif normal, puisque les Mutualités, Assurances et Assistance gratuite ont des tarifs réduits.

Il faudrait donc changer ces us et coutumes défectueux, en faisant établir un texte juridique quelconque qui défendît à ces sociétés de réclamer l'ordonnance médicale au pharmacien. Ce dernier rendrait ainsi l'ordonnance au malade, et, malgré cela, ne se verrait pas chicaner le paiement de ses honoraires.

Semblables transformations dans les mœurs actuelles ne peuvent pas être obtenues par des médecins isolés : ils échoueraient misérablement.

Pour lutter contre des puissances comme l'Assistance médicale gratuite, les Compagnies d'assurances et les Mutualités, il faut des puissances équivalentes.

C'est donc aux Syndicats médicaux locaux et à leur tête, dirigeant le mouvement, *à l'Union des Syndicats médicaux de France, d'entreprendre la lutte contre les sociétés en question* et de leur imposer leur manière de voir.

Si les Sociétés, ci-dessus désignées, ne veulent pas

céder de bonne volonté, il faudrait que les Syndicats médicaux obtinssent des Pouvoirs publics un réglement juridique de cette question. Règlement reconnaissant que l'ordonnance médicale, étant la propriété du malade, doit toujours lui être rendue et ne peut pas lui être réclamée sous aucun prétexte que ce soit.

Dr Marichal,
Thoissey (Ain).

VARIÉTÉS

Mœurs médicales modernes (1).
Une soutenance de thèse au XXe siècle.

Ayant franchi la grille, Dermay obliqua à droite, entra dans un vestibule. Un appariteur, dépourvu d'apparat, car il était vêtu d'un vulgaire veston, l'interpella :

— Vous désirez ?

— Je passe ma thèse.

— Ah ! bien !

Il décrocha une vieille robe et sortit d'une armoire un rabat d'une blancheur douteuse. Dermay tira de son porte-monnaie une pièce de cinq francs et la tendit à l'appariteur :

— A la sortie je pourrais oublier.... Ce qui est fait est fait.

L'appariteur prit la pièce et la soupesa avec une moue de dédain.

— T'es fendu de cent ronds.... Vas pas te ruiner avec ça.... Eh ben ! mon vieux colon, c'est pas la générosité qui t'étouffe, pour sûr, pensa-t-il. »

Les lèvres plissées en un sourire, mais l'accent dissimulant mal le dépit, il marmotta :

— Merci, monsieur !

D'un pas rapide, Dermay traversa la cour, gravit un large escalier, traversa une vaste salle, où s'allongeaient, dans des vitrines, d'innombrables préparations anatomiques, tourna à gauche, monta quelques marches, suivit un couloir étroit sur lequel s'ouvraient plusieurs portes numérotées, et consulta une affiche.

— Salle 3, se dit-il.

Il poussa une porte et entra dans une pièce assez grande, au plafond bas, aux murs nus, séparée par une balustrade de bois en deux parties inégales. Au fond, une table oblongue, recouverte d'un tapis vert, quatre fauteuils et une banquette de velours ; plus près de la porte, des rangées de bancs. C'était là une des salles où l'étudiant en médecine vivait les moments les plus angoissants de sa vie d'école, où il subissait ses examens et soutenait sa thèse. Lorsque Dermay arriva il s'y trouvait, à part Rachel, une vingtaine de personnes, tous amis et parents du candidat qui devait passer le premier, les soutenances de thèse ayant lieu par séries de deux. Ce candidat, Nibois, un bel homme, aux épaules carrées, à la poitrine bombée, à la face colorée, soigneusement rasée, à l'abondante moustache rousse, avait largement dépassé la trentaine. Dermay se rappela que, durant sa première année de doctorat, on le lui avait signalé comme un vétéran. Nibois, en effet, de même que Labon, avait fait ses études avec une sage lenteur, ne fréquentant les cours et les hôpitaux qu'à ses heures perdues. Mais, aujourd'hui, il touchait au but, et il ne dissimulait point sa profonde satisfaction, un peu gâtée, toutefois, par l'inévitable corvée qui l'attendait. Sans cesse, il consultait sa montre ; pour le faire, il était obligé de remonter sa robe, et cela l'amusait follement. Bientôt, cependant, il commençait à donner des signes d'impatience, et finalement :

— Deux heures moins vingt !.... Ils ne viendront donc jamais, les grands et terribles juges !

Un chut énergique lui répondit : « Les grands et terribles juges » faisaient leur entrée. Au devant, marchait un vieillard, la taille voûtée, les cheveux et la barbe d'une blancheur de neige, vêtu d'une ample robe de satin rouge, agrémentée d'hermine et portant une coiffure aplatie et ronde en satin rouge également à galon de velours noir et à glands d'or. Il était suivi de deux agrégés en robe noire, l'un petit et gros, le menton rasé, la lèvre supérieure à peine ombragée d'une fine moustache brune, l'autre efflanqué et sec, la figure mangée jusqu'aux yeux par une barbe en broussailles. Dermay eut un mouvement de surprise attristée : le professeur Lavier, son président à lui, n'était pas là.

— Que signifie l'absence de Lavier, murmura Rachel.

— Je me le demande... Il a été empêché, sans doute, au dernier moment... J'aurai affaire à Sebrille.

Et, indiquant d'un geste furtif le petit gros :

— Avec celui-là, mon compte est réglé. C'est tout juste si je ne serai pas refusé.

— Par exemple.

— Sebrille était chef de clinique de Lavier à l'époque où j'étais son externe. Tout me déplaisait en lui : l'étroitesse de son esprit, la mesquinerie de son caractère, la vulgarité de ses manières... Je ne lui ai jamais dissimulé mes sentiments à son égard, et il m'en a toujours voulu mortellement. Je ne sais pas comment il s'y prendra, mais ce dont je suis sûr, c'est qu'il me fera rater la médaille... Jamais il ne me donnera *extrêmement* ni même *très bien* !

Le président ouvrit un dossier cartonné et appela :

— Monsieur Nibois.

Un peu pâle, le candidat s'avança et s'assit sur la banquette de velours, devant la table du jury. Le président se tourna vers l'agrégé à la barbe en broussaille.

— Si vous voulez bien, monsieur Péroux ?

Péroux s'inclina et, aussitôt, feuilletant une forte brochure *in-octavo*, à couverture bleue, se mit à discuter avec Nibois.

Cette discussion fut plutôt un monologue,

(1) Bernard Taft. — *Dans la lutte*, publié avec la bienveillante autorisation de l'éditeur : Albin Michel, 22, rue Huyghens, Paris (*Envoi franco*).

les réponses de Nibois étant d'une rareté impressionnante et d'une brièveté le plus souvent monosyllabique. Cela dura un bon quart d'heure. Finalement, Péroux se passa la main sur le front et, pour conclure :

— Comme vous avez pu vous en rendre compte, monsieur, j'ai lu très attentivement vos 179 pages. Car vous avez fait imprimer 179 pages, pas une de plus, pas une de moins. J'ai cherché avec une patience inlassable, inlassable, je vous l'assure, monsieur, j'ai cherché, dis-je, dans vos 179 pages un fait nouveau, un seul, un tout petit fait, ou, à son défaut, un aperçu tant soit peu personnel — oh ! un brin, — et j'ai eu le regret de constater que vos 179 pages n'en contenaient rien, rien de rien. Je me vois dans la stricte obligation de vous déclarer que votre thèse est vide, d'un vide effrayant.

Et, promenant ses longs doigts osseux dans sa barbe, il reprit, le ton légèrement radouci :

— Cependant, pour être juste, il faut avouer que vous avez assez consciencieusement compilé les observations éparses çà et là. Vous en avez même ajouté trois nouvelles que notre cher maître à tous — et, ce disant, il pencha la tête vers le président, — vous a fait le très grand honneur de vous confier. Votre thèse pourrait donc, à la rigueur, faciliter la tâche de quelque chercheur à qui le temps serait trop mesuré. Et c'est là, évidemment, un mérite que je me garderais de méconnaître. Je vous remercie, monsieur.

Nibois était cramoisi. De grosses gouttes de sueur coulaient le long de ses joues. D'une main fiévreuse, il redressait sans cesse les pointes de sa moustache ; il faisait des efforts visibles pour ne pas sauter à la gorge de Péroux dont l'œil sarcastique le fixait avec une obstination railleuse. Il savait bien, parbleu, que sa thèse ne valait pas grand'chose. Mais quoi ? Est-ce que l'immense majorité des candidats présentaient des travaux d'une plus grande valeur que le sien ? Qui donc ignorait que la thèse ne fût qu'une formalité, très coûteuse du reste, puisque la note à payer s'élevait à près de deux cent cinquante francs, sans compter les frais d'impression ? Etait-ce sa faute si avant de lui permettre de tirer de son métier les bénéfices légitimes, la loi lui imposait cette formalité absurde ? Le flot d'indignation qui l'avait soulevé fit oublier à Nibois qu'il n'était point l'auteur de la thèse pour laquelle l'agrégé Péroux venait de le gratifier de compliments médiocrement flatteurs. Moyennant la somme relativement modique de dix louis, elle lui avait été « bâclée » en quinze jours par un interne des hôpitaux besogneux. La part de collaboration de Nibois s'était bornée à l'orner d'une dédicace de vingt lignes, où, en des termes émouvants, il dédiait « son » travail à ses « parents, tendrement aimés ».

Du regard, le président interrogea Sébrille qui fit un signe de tête négatif. Alors, paternel et doux, il s'adressa à Nibois, et, comme cherchant à atténuer les critiques acerbes de l'agrégé Péroux :

— Monsieur, les observations qu'on pourrait présenter au sujet de votre thèse ont déjà été formulées. Il serait inutile d'y revenir. Je n'ajouterai qu'un mot. Vous avez très bien exposé les cas des trois malades que vous m'avez fait le plaisir de venir étudier dans mon service (par un excès de magnanimité, le président oubliait intentionnellement que les observations de ces trois malades avaient été remises à Nibois entièrement rédigées). Je vous remercie donc, monsieur, et vous souhaite bonne chance dans la difficile carrière que vous allez aborder.

Nibois se leva, en poussant un grand soupir de soulagement : c'était fini.

Le président appela :

— Monsieur Dermay.

Dermay s'avança. Et tout de suite, sur un signe du président, Sebrille prit la parole :

— M. Lavier a été appelé d'urgence en province auprès d'un malade. Il m'a prié de l'excuser auprès de vous.... Je m'acquitte d'autant plus volontiers de cette commission que cela me procure le plaisir de vous féliciter et de dire publiquement, à la place de M. Lavier, tout le bien que je pense de vous.

Il rappela rapidement l'année qu'ils avaient passée ensemble dans le service de Lavier ; il loua le zèle et l'assiduité dont Dermay avait fait preuve ; puis, passant à sa thèse, il insista sur la perspicacité de clinicien avec laquelle Dermay avait choisi ses observations, toutes personnelles — « chose peu banale », — le complimenta sur ses vastes connaissances d'anatomie pathologique, « véritablement rares chez un étudiant ». Et, le panégyrique achevé hâtivement, il s'appesantit aussitôt et longuement sur les lacunes du travail de Dermay, lacunes « si importantes et si nombreuses, qu'elles risquaient presque d'enlever à la thèse toute sa valeur. »

Une discussion s'engagea. Très maître de lui, le torse droit, le regard brillant, l'accent net, les doigts feuilletant nerveusement la brochure, posée devant lui, Dermay ripostait point par point, défendant sa thèse avec d'autant plus d'énergie, avec d'autant plus d'âpreté, qu'elle lui avait coûté deux ans de labeur acharné et qu'il n'y avait pas une ligne qu'il n'eût longuement méditée.

Sebrille disait :

— A la page 48, vous apportez, monsieur, une assertion fort intéressante ; mais, malheureusement, ce n'est là qu'une assertion, manquant totalement de preuves.

Et Dermay répliquait :

— Pardon ! Veuillez lire à la page 50, et vous y trouverez trois arguments, pour le moins, venant à l'appui de ce que j'affirme.

— A la page 73, vous prétendez que....

— Parfaitement, — et j'en donne la raison à la page suivante.

Les objections et les ripostes se croisaient, s'entrechoquaient en un cliquetis d'épées aiguisées, les objections présentées avec une courtoisie traîtreusement ironique, les ripostes formulées sur un ton vibrant et agressif. On sentait Dermay bien armé, connaissant à fond son sujet. Plus d'une fois, il avait obligé son juge et contradicteur à capituler, en reconnaissant son erreur.

L'assistance prenait un vif intérêt à ce rare spectacle d'un candidat qui, devant les critiques, ne se bornait pas à incliner, sans cesse la tête en un geste expressif d'approbation et d'excuse, mais qui, ayant apporté un travail original et fort, entendait qu'on reconnût à cet effort toute sa portée.

Le président avait abandonné les épreuves qu'il était en train de corriger. Et, maintenant, le regard de ses yeux bleus, au reflet d'acier, ne se détachait pas de Dermay. Visiblement, il était surpris, mais d'une surprise contente.

— Voilà un garçon qui m'a tout l'air de ne pas être un imbécile ! pensa-t-il.

N'ayant pas lu la thèse de Dermay, il ne se croyait pas en droit d'intervenir dans la discussion, très correcte en apparence, mais, au fond, très ardente, d'une ardeur de combat. Quant à Péroux, il souriait franchement, ne cherchant nullement à dissimuler sa satisfaction, d'autant plus profonde qu'il détestait cordialement Sebrille. Il lui en voulait de sa clientèle qui s'étendait toujours, de ses succès bien connus auprès des femmes, de sa mine fleurie, de tout, — jusqu'à la coupe irréprochable de ses vêtements. Et, calé dans son fauteuil, le front appuyé sur sa main droite, les doigts de sa main gauche tapotant joyeusement le tapis vert de la table, il écoutait, enchanté.

— Ah ! le joli coup ! songea-t-il. Encore un, — bravo ! Encaisse, mon vieux Sebrille, encaisse !

— Un mot pour finir. Vous prétendez que votre travail — et malgré les objections que je me suis permis de vous présenter, je suis loin, soyez-en assuré, d'en méconnaître la très réelle valeur. — vous prétendez, dis-je, que votre travail est le premier sur la matière. Or, laissez-moi vous faire remarquer que vous vous trompez. Il y a cinq ou six ans, un savant allemand a publié dans une revue de Berlin une très remarquable étude sur le même sujet.

Dermay pâlit et, chiffonnant sa thèse d'un geste nerveux :

— Je vous remercie, monsieur, de me l'apprendre...... Mais, à mon tour, je vous demande la permission de vous faire une remarque : vous auriez pu me fournir ce renseignement en temps utile.

— Comment cela, en temps utile ?

— Parfaitement, j'ai eu l'occasion, plus d'une fois, de me plaindre à M. Lavier du résultat négatif de mes recherches bibliographiques, et cela en votre présence. Or, jamais, monsieur, jamais, vous ne m'avez fait l'honneur de me mettre en garde, en disant : « Voyez donc telle revue allemande, de telle date...... »

Sebrille devint cramoisi : l'affirmation de Dermay était nette, précise — et exacte. Son désir d'être désagréable au candidat, de se venger de l'indifférence hautaine que « ce gamin » lui avait toujours manifestée, l'avait entraîné à faire une sottise, une grande sottise. Le visage de Péroux exprimait un ravissement sans mélange, pendant que le président, son œil d'acier toujours fixé sur Dermay, restait impassible. Sebrille sentit qu'il ne pouvait pas en rester là, qu'il devait à sa dignité de juge de ne pas laisser passer sans protestation, si anodine fût-elle, les paroles de Dermay.

Et avec un sourire contraint :

— Vous vous trompez, monsieur, vous vous trompez certainement. Si j'avais été mis au courant de vos recherches bibliographiques, je me serais empressé de vous aider à combler une lacune regrettable. Et si je ne l'ai pas fait....

Des rires étouffés se firent entendre dans la salle. Péroux saisit précipitamment son mouchoir et se mit à se moucher bruyamment, pour dissimuler le sourire qui le secoua. Le président voulut, d'abord, garder son attitude impassible, mais Sebrille lui parut tellement décontenancé qu'il crut bon d'accourir à son aide, en coupant court à la discussion.

— Auriez-vous, monsieur Sebrille, d'autres questions à poser au candidat ?

Enchanté d'en finir, Sebrille se hâta de répondre :

— Aucune.

— Je vous remercie, monsieur, dit le président à Dermay.

Dermay s'inclina, ayant soin de ne pas se tourner du côté de Sebrille et se leva.

Dans la cour, les amis des deux candidats attendaient la décision du jury. Un long quart d'heure s'écoula. Puis, un appariteur s'avança, un dossier à la main et lança d'une voix de stentor :

— Thèses de doctorat : Nibois, — bien ; Dermay, — bien.

Bien !

Dermay échangea un regard avec Rachel et, bas :

— Je te l'avais bien dit. Sebrille s'est arrangé à me barrer la route au concours de la médaille. La sale bête !

La mort du Dr H. Jeanne et la Presse

La mort de Jeanne. — Hippolyte-Amédée Jeanne, Directeur du *Concours médical*, est mort dans le courant de janvier, laissant après lui de nombreux amis, de profonds regrets.

Sa mort est une grande perte pour les médecins syndicalistes. Né à Agon, le 11 octobre 1853, Jeanne était issu d'une famille de marins normands ; il entrait à 18 ans à l'Ecole de médecine navale de Brest et durant 12 ans servit comme médecin dans la flotte. Puis, donnant sa démission, il vint s'installer à Meulan, en Seine-et-Oise, le 7 novembre 1883. A Meulan, « il parvint, il y a plus de vingt ans, fait observer J. Noir dans le *Concours médical* (18 janvier 1914, p. 135), avant même la promulgation de la plupart des lois médico-sociales, à faire organiser par le corps médical du canton de Meulan et avec la collaboration de tous les praticiens, l'assistance médicale à domicile, l'assistance médicale hospitalière, la dé-

fense sanitaire et la désinfection sous la surveillance et le contrôle du médecin traitant lui-même. Il fit plus, il obtint d'un maire intelligent dont il avait capté la confiance, la création du bureau d'hygiène de Meulan qui, grâce à une entente intercommunale, ne tarda pas à devenir le bureau d'hygiène du canton de Meulan... »

« Seuls, ceux qui connurent Jeanne de près surent combien grands étaient sa générosité et son désintéressement. Son seul mobile était la poursuite et la réalisation d'un idéal, et, s'il exigeait dans la mesure du possible la rémunération de tous les services rendus, c'est qu'il connaissait les hommes et n'admettait pas le sacrifice continu de quelques-uns pour le bonheur de tous les autres » (*Ibid.*).

Qu'il nous soit permis ici d'associer nos regrets à ceux exprimés par notre confrère Noir, regrets qui, nous le savons, sont partagés par tous nos confrères syndicalistes.

G. HAHN.

(*Le Mouvement médical.*)

***

Nous avons le profond regret d'enregistrer la mort de M. le docteur H. Jeanne, ancien médecin de la marine de guerre de France, directeur de notre grand confrère, *Le Concours médical.*

Le docteur Jeanne a été emporté subitement, à peine âgé de 60 ans, au moment même où il avait la grande satisfaction de constater que les efforts qu'il avait dépensés, au cours de ces quinze dernières années, en faveur du corps médical, paraissaient devoir être couronnés de succès.

Habile continuateur de A. Cézilly, ce grand promoteur de la défense professionnelle en France, il consacra en effet, avec l'appui et la collaboration de Gassot, de Maurat et autres, la dernière partie de sa vie à l'étude et à la solution des questions dont dépendent l'indépendance, la dignité et le mieux-être du praticien.

Vivement émus par la disparition prématurée de ce grand cœur, de cette vaste intelligence, nous saluons très respectueusement sa mémoire, et nous adressons à sa famille ainsi qu'à nos amis du *Concours* l'expression de nos toutes particulières sympathies.

(*La Clinique*, Montréal, mars 1914.)

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Les étudiants étrangers et le concours de l'internat.** — *Un ordre du jour de la corporation des étudiants en médecine.* — A la suite de la circulaire récente du ministre de l'intérieur autorisant les étudiants étrangers à prendre part au concours de l'internat dans les mêmes conditions que par le passé, le comité de l'Association corporative des étudiants en médecine vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Le comité de l'A. C., considérant que d'une part, il est de l'intérêt de l'expansion médicale française que les étudiants étrangers qui se proposent de retourner exercer dans leur pays (diplôme de l'Université) puissent conquérir en France le titre d'interne des hopitaux ;

« Que d'autre part, il est nécessaire d'appliquer rigoureusement les lois qui régissent l'exercice de la médecine en France, même à titre temporaire (nécessité des inscriptions et diplôme d'Etat), et que l'accomplissement des fonctions d'interne des hopitaux constitue une des formes de la médecine à titre temporaire,

« Emet le vœu :

« Que des mesures soient mises à l'étude tendant à permettre aux étudiants étrangers, quels qu'ils soient, de prendre part au concours *pour l'obtention du titre d'interne hors cadre, le nombre de places de ces internes admis en surnombre étant limité.* »

— **La Société de l'internat des hôpitaux de Paris**, d'autre part, réunie en assemblée extraordinaire, le mardi 3 mars 1914, pour discuter l'importante question du concours de l'internat, a voté à l'unanimité les vœux suivants :

1° La Société de l'internat, considérant l'article suivant du nouveau règlement du concours de l'internat : « Nul ne peut se présenter au concours de l'internat sans être muni de 12 inscriptions pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine »,

Emet le vœu que les mots « d'Etat » soient supprimés.

2° Il y aurait, d'autre part, pour égaliser les chances des candidats à réduire à trois le nombre des concours pour ceux qui sont, à un titre quelconque, dispensés du service militaire, et à en accorder cinq aux autres.

Enfin, le temps passé au service sera compté comme année d'externat pour le classement d'admission définitive.

La majorité a été enfin d'avis de demander la lecture publique des copies anonymes au lieu du huis-clos. »

— La Société **Les Médecins Humanistes** a consacré sa séance du 23 février à la lecture d'une intéressante communication du Dr Coulomb « à propos du mot borgne » et d'un travail du Dr Berchon en réplique à la première. Cette question concernant un point curieux d'onomatologie médicale a donné lieu à une très savante discussion à laquelle les membres de la Société ont pris un vif intérêt.

D'autre part, afin de bien montrer la nécessité des études grecques en médecine, le Dr Berchon a résumé un livre fort documenté du Dr Achilles Rose, de New-York, un des premiers hellénisants de notre époque, qui tend à recommander le grec comme langue internationale en médecine.

A ce propos, la Société a l'intention d'ouvrir dans le corps médical et dans le monde des Humanistes, un referendum, toutes les fois qu'un sujet de cette nature sera soumis à son appréciation.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 14 Dimanche 5 Avril 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Doit-on rire ou doit-on pleurer ?

Il est des choses dont il faut s'empresser de rire pour ne pas avoir à en pleurer.

Notre époque est fertile en évènements de ce genre ; aussi, amis lecteurs, suivons le conseil de Beaumarchais, hâtons-nous de rire !

A tout Seigneur tout honneur. Nos Seigneurs sont aujourd'hui nos honorables.

Fi ! nous direz-vous, allez-vous à présent nous parler politique ? Assez du mélodrame qui nous obsède ! Assez de la nouvelle Affaire Rochette et Consorts !

Nous sommes bien de cet avis. Tout ceci ne sent pas très bon et n'est pas destiné à nos colonnes. Brûlons du sucre, comme vient de le faire Hansi, et parlons d'autre chose.

Au Palais-Bourbon, une autre Comédie vient de tenir la scène ; les gens graves la trouvent très triste ; à nous, qui sommes habitués à ne plus prendre au sérieux la politique et les politiciens, elle paraît supérieurement bouffonne.

Vous savez que nos députés sont, pour la plupart, de joyeux drilles ; vous savez sans doute, par expérience, tout le bien qu'ils veulent au pays. Ne sont-ils pas les inventeurs de la médecine et de l'hygiène sociales dont ils ont plein la bouche ? Ne les avez-vous pas vus dans les cérémonies publiques, étaler, à l'instar de notre national Chéron, leurs gestes nobles et leurs projets généreux ? Quels accents touchants et inspirés ! Regardez-les : la main droite sur le cœur, les yeux dans le vague, prenant le ciel à témoin de la sincérité de leurs intentions ; ils proclament, avec des tremolo dans la voix, la nécessité de repeupler la France, de régénérer la race, d'éduquer le peuple, de moraliser l'enfance. Et si quelqu'un fait remarquer que beaucoup ont des ménages volontairement stériles, que certain fit avorter sa maîtresse, qu'un nombre appréciable tripatouilla les deniers publics pour mener la vie joyeuse en bonne compagnie, dans les cabarets de Montmartre et les restaurants de nuit, on criera haro sur l'amateur de scandale et on flétrira la calomnie et la médisance qui

n'hésitent plus pour les hommes et les femmes publics à franchir le mur de la vie privée. Comment ? Nos excellents honorables ne seraient plus des modèles de vertu ? Ce sont eux pourtant qui organisent la lutte contre les fléaux sociaux, ce sont eux qui couronnent les rosières, président les distributions de prix et prêchent la sainte Croisade contre l'Alcoolisme destructeur.

C'est vrai ! Mais périodiquement ces braves gens subissent une crise ; elle survient tous les quatre ans à l'époque des élections. Alors, changement de tableau ! Il convient de ménager la puissance moderne, le marchand de vins, le grand électeur. La trêve du Dieu-Scrutin interrompt la croisade.

— Vous exagérez, objectez-vous. — Non, hélas ! car nous allons laisser la parole au *Temps*, feuille sérieuse et journal peu subversif. Son numéro du 27 mars 1914 publie un article : *Les Derniers spasmes*. (Nous ici, partisans des termes propres, aurions écrit : *Les derniers hoquets*). Cet article est l'histoire peu flattée des gestes ultimes de la Chambre moribonde. Nous lui empruntons cette courte citation.

Alors que le déficit budgétaire dépasse 400 millions, elle (la Chambre) a, coup sur coup, maintenu le privilège des bouilleurs de crû, et refusé d'établir « sur les absinthes et similaires, sur les bitters, les amers et sur toutes boissons apéritives autres qu'à base de vin », une surtaxe qui eût, tout en entravant l'alcoolisme, fourni une dizaine de millions au budget. Puis elle a, par un seul et même vote, 1° supprimé la licence, « le seul frein dont nous disposions, a dit le ministre des finances, pour combattre l'augmentation exagérée du nombre des débits » ; 2° déclaré abolis, à partir du 1er janvier 1915, « les droits afférents à cet impôt ». Le budget doit perdre, de ce chef, une recette de 36 millions, c'est-à-dire de quoi gager un emprunt d'un milliard.

La disjonction de cette proposition avait été réclamée ; elle a réuni 92 voix contre 388. La proposition elle-même a été admise, au fond, par 412 voix contre 77. Et à ce propos, une remarque ne saurait être omise. Lors de la proclamation du résultat des scrutins, les nombres annoncés avaient été différents de ceux-là. La disjonction avait obtenu jusqu'à 126 suffrages, contre 372, et sur le fond, il était resté 96 héros anonymes pour s'opposer au pillage du budget, —96 contre 402. Mais, pour la publication des noms au *Journal officiel*, les résistances ont fléchi. Le spectre du marchand de vin s'était dressé, donnant aux agonisants la vision soudaine de cet au-delà : les élections. Il est resté, en tout et pour tout, 77 braves. Honneur à eux !

Le *Temps* a tort de s'indigner, tout cela n'est guère plus sérieux que tous les projets médico-sociaux qui, en herbes folles, ont poussé depuis quelques années dans les allées mal entretenues du Palais-Bourbon. Le Sénat n'est-il pas là pour mettre un frein à cette générosité de façade ? Et tout en déplorant tout haut le veto des Pères Conscrits, nous savons plus d'un de nos bons députés qui l'escomptent et y comptent.

***

Descendons plus bas, si possible. Quittons les élus, pour rendre visite aux grands électeurs. Nous manquons de l'estomac nécessaire pour entrer chez Maître Bistro, mais son émule, le grand mutualiste, nous sourit et nous fait les yeux doux. Que nous réserve-t-il ? Pour le savoir, lisez l'*Avenir de la Mutualité*, qui s'intitule organe national de propagande sociale : Mutualité, Retraites ouvrières, Habitations populaires, Hygiène sociale, Assurances, Crédit agricole, Œuvres de l'enfance, etc. (que de beaux titres !) ; les bureaux de cette feuille sont à Bordeaux, 6, place Saint-Christoly, elle nous arrive donc tout droit de Gascogne. Vous en apprécierez le goût de terroir en savourant dans le numéro du 21 mars 1914 l'article intitulé : *Une prétention absurde de certains Syndicats médicaux*. Lisez, confrères, et vous m'en direz des nouvelles. Cette prétention absurde, c'est de ne pas vouloir soigner gratuitement les mutualistes, de ne pas vouloir laisser garnir du parchemin de votre pauvre diplôme la grosse caisse qui bat le rappel des naïfs sur les tréteaux de la Mutualité.

L'auteur, en bon politicien, adore les saints du jour. Il félicite « M. Métin d'avoir, sous une forme habile et conciliante, dénoncé la gravité du péril auquel l'intransigeance du Corps médical expose notre législation sociale. C'est la première fois, ajoute-t-il, qu'un ministre de la prévoyance sociale généralise la question, etc. »

Pauvre, pauvre M. Chéron, déjà oublié ! Quelle ingratitude ! On lui arrache sa couronne de lauriers quelque peu défraîchie pour en coiffer le chef de M. Métin. Et le Bon Mutualiste continue :

Pourquoi les médecins ont-ils le droit de se syndiquer ? N'exercent-ils pas « une profession libérale qui les met *sans intermédiaire*, sans employeur, ni employé, en face de leur clientèle ? »

Hélas ! vous errez, Bon Mutualiste, vous errez lamentablement, tout comme un simple député. L'*intermédiaire*, l'*employeur*, qui s'enterpose entre le médecin et le malade, mais c'est vous. Nous ne vous croyions pas modeste au point de vous ignorer ainsi ; c'est de vous que

nous sont venus l'idée et le droit de nous syndiquer ?

Le Bon Mutualiste de l'*Avenir* est un juriste consommé, il menace les médecins de l'article 419 du Code pénal qui punit « la coalition entre *les principaux détenteurs d'une marchandise ou denrée, tendant à ne pas la vendre ou à ne la vendre qu'à un certain prix.* » La denrée que nous détenons, mes chers confrères, cette denrée dont nous sommes les détenteurs uniques, c'est la santé ! Vous ne vous doutiez guère de cette fortune, et c'est cependant une denrée de prix, une denrée de première nécessité, s'il faut en croire le Bon Mutualiste, qui s'y connaît. Aussi le Code a un article 420 qui nous menace de peines encore plus sévères, si nous refusons de la céder. Et voilà pourquoi le Bon Mutualiste nous refuse le droit de nous syndiquer.

Avouez que vous ne vous attendiez pas à cette démonstration. Décidément, dans les hautes sphères mutualistes, on ne manque pas d'imagination.

Ainsi, vous détenez une denrée précieuse entre toutes, la santé, et c'est évidemment parce qu'elle est infiniment précieuse qu'avec une rigoureuse logique, le Bon Mutualiste vous la demande et refuse de la payer. Le brave homme, devant cette prétention absurde, s'indigne. Il cite un exemple, un de ces exemples qui doivent nous écraser, nous sevrer de l'estime de tous les braves gens. Le voici : Par la faute des Syndicats médicaux, la population de deux arrondissements de la Gironde est privée des bienfaits de la loi Ribot, c'est-à-dire des prêts hypothécaires individuels consentis à l'aide de fonds de l'Etat, par les Sociétés de Crédit immobilier. Ces prêts doivent être obligatoirement accompagnés d'une assurance temporaire, contractée à la Caisse nationale d'assurance en cas de décès. Or, cette assurance exige un examen médical et, dans deux arrondissements de la Gironde, les praticiens (*horresco referens* !) refusent de remplir sans honoraires convenables les fonctions de médecin visiteur de la Caisse nationale. En voilà une prétention !

« Ce rôle de médecin-visiteur exige, dit en propres termes le Bon Mutualiste, *un examen minutieux*, suivi de la rédaction d'un rapport. Le tout se traduit, pour le titulaire, *par un bien faible émolument*, et c'est surtout PAR LE SENTIMENT D'AVOIR ACCOMPLI SON DEVOIR SOCIAL, *en collaborant à l'application d'une loi bienfaisante et vraiment démocratique, que le médecin est récompensé de sa peine.* »

Ce bon, ce *généreux* Mutualiste ! N'a-t-il pas raison de s'indigner? Comment, les médecins ne sont pas suffisamment honorés *par le sentiment d'avoir accompli un devoir social* ? Ces êtres rapaces n'ont donc rien qui bat sous la mamelle gauche? Ils ont la prétention de vouloir du pain pour eux, leurs femmes et leurs enfants, car, hélas ! la plupart en ont.

Quelle prétention ! L'Etat leur offre la reconnaissance publique et ils ne sont pas contents.

> Vous leur fîtes, Seigneur,
> En les croquant, beaucoup d'honneur.

Ce Bon Mutualiste trouve encore des choses plus étranges : les médecins ont exprimé en la circonstance le désir que le « libre choix » soit laissé aux citoyens et non à la Caisse nationale. Ceci est incompréhensible, paradoxal, ne peut entrer dans la mentalité de MM. les Mutualistes, nous voulons dire les Pontifes de la Mutualité. Ils ont tellement pris l'habitude de commander à leurs ouailles, ils sont si imbus de leur infaillible autorité, qu'ils ne comprennent plus quel sens peut avoir un petit mot qui, il y a un siècle, fit bien quelque tapage, le mot de *Liberté*. Aussi, ils signalent le fait à M. Métin, Ministre du travail de la troisième République, qui, au nom de la Liberté, de l'Egalité et de la Fraternité, par l'organe de la fameuse Commission de son prédécesseur Chéron (aujourd'hui bien oublié) saura, évidemment par force, « déterminer le Corps médical à mieux comprendre son « rôle et à ne pas paralyser l'application des « meilleures lois sociales par de tels actes d'obstruction » ; le Bon Mutualiste allait dire : « de sabotage ».

Eh bien, Confrères, qu'en dites-vous ? Pour nous, nous en rions et en rions très fort, bien que ce soit.... naïf à faire pleurer.



Il n'y a pas que le Bon Mutualiste qui soit naïf à faire pleurer. Un de nos correspondants nous adresse la note suivante publiée dans le journal : *La Croix* :

Protestation nécessaire.

Un de nos lecteurs nous communique, avec l'expression de son indignation, un numéro d'un organe médical lu, assure-t-on, par 9.000 professionnels.

Dans un article sur le secret professionnel des médecins, le rédacteur, par un anticléricalisme raffiné, a glissé une anecdote sans nom, sans date, sans précision aucune, où un curé est représenté violant le secret de la confession.

Nous joignons l'expression de notre indignation à celle de notre abonné.

Que les rédacteurs de cette feuille gardent leurs secrets, c'est leur honneur et leur devoir. Mais qu'ils respectent le devoir, plus haut encore, des prêtres, et qu'ils se souviennent qu'aucun prêtre n'a été convaincu d'avoir trahi ce devoir, que saint Jean Népomucène, au contraire, est mort martyr plutôt que de le violer.

Evidemment, la bonne foi de la Rédaction de *La Croix* a été surprise, car si elle avait lu l'article en question, reproduit par une dizaine de nos confrères et emprunté à la *Belgique médicale,* elle se serait épargné le ridicule de nous doter à cette occasion d'un *anticléricalisme raffiné,* et de prendre au sérieux une anecdote plaisante, évidemment imaginée de toutes pièces pour étayer une thèse très morale, sur la nécessité de pousser la discrétion aux limites les plus extrêmes en matière de secret professionnel. (Voir le n° 10 du *Concours médical* du 8 mars 1914, pages 638 et 639 : Le secret professionnel, article du Dr H. de Keghel, extrait de la *Belgique médicale*). Pas un mot irrévérencieux ne saurait être relevé dans l'article que nous avons reproduit. L'auteur raconte que, dans une réunion mondaine, un vénérable prêtre, harcelé par un cercle d'amis qui le plaisantent un peu sur des histoires de confessionnal, finit par leur répondre que tout ce qu'il peut leur dire, c'est que sa première pénitente avait trompé son mari. Sur ces entrefaites, entre une dame qui, présentée au prêtre, s'écrie : « Depuis de longues années je connais M. le Curé, je fus sa première pénitente. »

Où *La Croix* puise-t-elle dans cette histoire pour rire l'objet d'une protestation nécessaire ? Pas n'est besoin de faire intervenir ici saint Jean Népomucène et l'histoire de son martyr !

Un rédacteur de *La Croix* aurait certainement eu l'esprit plus subtil. D'ailleurs il ne nous aurait pas doté de 9.000 lecteurs quand nous en avouons seulement 8.200 sur notre manchette.

Nous préférons croire qu'un de ses benoits abonnés, médecin certes, pourvu d'un esprit assez simplet pour ne pas bien comprendre, mais assez sot pour coudre de gros fil blanc une pauvre méchanceté, a envoyé la note publiée de confiance par la Rédaction de *La Croix.*

Nos lecteurs fervents catholiques savent bien que le *Concours médical* ne sort jamais de son rôle d'organe professionnel, qu'il faut mettre quelque complaisance pour taxer de sectaires les rédacteurs d'une feuille qui fut la première à protester contre l'élimination des docteurs de la Faculté catholique de Lille de la liste des médecins de l'assistance dans le département du Nord et qui défendit avec vigueur le droit des chirurgiens et des médecins, directeurs de maisons de santé, de conserver des religieuses pour assurer le service de leurs établissements. Mais il est des gens qui aiment la critique, surtout quand l'anonymat leur facilite le moyen de faire ainsi acte de charité.

Tant de fiel entre-t-il dans l'âme des dévots !



Terminons par le *mot de la fin* :

Il nous vient du « Sou médical ».

Un confrère de l'Est, à la mort d'un de ses clients, se souvient qu'il est créancier privilégié.

Il adresse sa note à la famille.

Celle-ci réplique que tout l'avoir a été absorbé par les frais funéraires.

Le médecin s'étonne, demande des explications. Très loyalement on lui fournit la note.

Les frais funéraires comprenaient un copieux repas funèbre que, royalement, s'étaient octroyé la famille et les amis. Sans doute, on avait copieusement bu à la santé du véritable amphitryon, en l'espèce, notre confrère. Cela devait lui suffire.

Nous signalons le cas à nos amis les Mutualistes et nous espérons qu'avant peu ils corseront leurs frais funéraires d'une agape mutuelle en l'honneur de leurs décédés. Ils arriveront ainsi à accroître sensiblement le nombre de leurs adhérents.

Le sujet est évidemment quelque peu macabre, mais si vous n'osez rire, Confrères à qui l'on joue de ces coups vraiment amusants, puisque c'est avec l'argent qui vous était destiné qu'on paye le restaurateur, sinon les violons, vous avez bien au moins le droit de sourire. Souriez donc !

J. Noir.

Comment on apprécie notre défense professionnelle dans certains journaux.

Tout le monde se souvient de Macaura et de son Pulsocon. Ce noble étranger trouva plaisant de venir placer en France les petits appareils dont il ne trouvait pas l'écoulement facile dans son propre pays.

A grand renfort de réclame, très grassement payée à la presse quotidienne, M. Macaura fit d'excellentes affaires à Paris et connut la for-

tune. Il n'eut pas la sagesse de limiter son appétit et attendit que nos Syndicats, toujours un peu longs à s'émouvoir, se fussent décidés à réclamer contre lui l'application des lois.

M. Macaura, condamné, fit appel.

Evidemment, les poursuites intentées par le Syndicat des médecins de la Seine privèrent plusieurs grands journaux d'une publicité fructueuse. Aussi lut-on de temps à autres, dans leurs colonnes, des articles dans le goût du suivant, que nous empruntons au *Matin* du 28 mars 1914, et que nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier

L'affaire Macaura et les Syndicats médicaux.

L'affaire Macaura a pris des développements et une importance à laquelle nul ne s'attendait.

Voici comment M. le substitut Roux s'est exprimé dans ses réquisitions en réponse à la plaidoirie si documentée de Me Charles Philippe contre les syndicats médicaux :

— Voulez-vous que je vous dise que la Société de la prévoyance médicale et des eaux minérales est peut-être indigne de toute admiration ? Eh bien, je le dis, et je le dis parce que je le pense.

« Je ne veux pas être sévère à leur égard ; il ne faut pas confondre la Prévoyance médicale avec le corps médical tout entier ; celui-ci se compose de 25.000 médecins et la Prévoyance médicale compte 7.000 membres.

« Votre autorité sera certainement très affaiblie si on sait que vous avez accepté des bénéfices. Ce que je veux vous dire aujourd'hui, c'est que lorsque avec de pareils faits, les syndicats se présentent comme défenseurs des devoirs professionnels, le ministère public se trouve dans une situation très fâcheuse. Que voulez-vous que le tribunal pense lorsque vous lui demandez, comme dans le cas présent, des centaines de mille francs de dommages-intérêts ? Et que deviendra l'argent procuré par ces dommages ? Tenez-vous le pour dit, de telles pratiques se retourneront tôt ou tard contre vous. »

Cela n'a pas suffi à Me Charles Philippe qui, jeudi dernier, a prononcé un remarquable réquisitoire contre l'organisation du corps médical qui, avec des agendas de publicité comme le *Concours médical*, des moyens d'action et de défense comme le « Sou médical », des sociétés de produits hygiéniques, diététiques, comme la « Prévoyance médicale » et les « syndicats médicaux », *agents de publicité et d'expansion des intérêts de ces différentes associations*, faisait tout ce que la loi de 1892 sur l'exercice de la profession de la médecine, la loi de Germinal sur l'exercice de la pharmacie, la loi de 1884 sur les syndicats professionnels et la loi de 1901 sur les associations *ne cessent de condamner*.

Prenant notamment l'annuaire du Syndicat des médecins de la Seine, il a établi que ce syndicat ordonnait que les premiers devoirs du médecin qui s'installe sont :

1° De s'inscrire à la Prévoyance médicale :

2° De recommander les produits de l'agence de publicité du *Concours médical* ; de toujours faire une ordonnance auprès d'un malade, même quand elle ne serait pas utile ; dans ce cas, de prescrire une ordonnance hygiénique ;

3° De pratiquer la dichotomie ;

4° De mentir si besoin était auprès du malade, et enfin d'organiser une force syndicale si grande qu'aucune mutualité, aucun dispensaire, aucune association de prévoyance ou d'assistance, ne puisse donner gratuitement des remèdes et des soins aux malades que les médecins ne reconnaîtraient pas comme indigents et de s'assurer ainsi des revenus importants.

L'impression du tribunal, qui écoute avec la plus constante attention la lecture des documents si probants que Me Charles Philippe a groupés et réunis, n'a cessé de se manifester dans un sens de stupéfaction absolue et profonde des révélations qui lui étaient ainsi faites.

Le vieux docteur.

Le Syndicat des médecins de la Seine et les autres Associations visées sauront évidemment se défendre. Peut-être dédaigneront-ils ces attaques dont le mobile intéressé est par trop évident ?

Sans beaucoup nous en émouvoir, il nous est permis de douter, en ce qui nous concerne, qu'un membre du barreau parisien, barreau où nous comptons tant d'amis, et qui est digne de tout notre respect, ait abusé du droit de la défense au point d'oser affirmer à la barre des erreurs aussi grossières que celles qui ont trait au *Concours* et au *Sou Médical*

Jamais l'*Annuaire du Syndicat des médecins de la Seine* n'a conseillé aux médecins de recommander les produits de l'Agence de publicité du *Concours médical*, ceci par la simple raison que le *Concours médical* est un journal et nullement une agence, et que ses clients d'annonces font de la publicité aussi bien dans la plupart des autres journaux médicaux que dans ses propres colonnes.

Quant au « Sou médical », tous nos lecteurs savent qu'il est une ligue de défense régulièrement et légalement constituée, qu'il ne sort pas de son rôle, qu'il sait, il est vrai, énergiquement remplir son devoir comme le *Concours médical* sait courageusement défendre son programme.

Nous avons la conscience d'avoir assez vigoureusement lutté contre les abus de la Mutualité et des Sociétés financières d'assurances

et autres, contre ceux des associations de fausse assistance, contre les charlatans de tout ordre, qui veulent asservir le médecin et l'empêcher d'exercer normalement sa profession et de gagner sa vie, pour être fiers des attaques de ce *vieux docteur*, porte-plume maladroit de tous les exploiteurs dont nous avons largement mérité la haine.

A une époque où les vagues d'un océan de boue déferlent sur tout ce qui en France a quelque souci de l'indépendance et de l'honneur, ni le *Concours médical* ni le « Sou médical » ne se laisseront pas submerger

Complètement indépendant, même du syndicalisme médical dont il fut le berceau et pour lequel il ne cessera de lutter, le *Concours médical* saura tenir tête à l'orage et continuera envers et contre tout sa besogne, parfois ingrate, mais plus que jamais nécessaire, d'assainissement social.

Pour le Conseil de Direction :
J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le prof. agrégé Castaigne.

Néphrite aiguë syphilitique.

Je vous parlerai aujourd'hui de deux malades entrés à l'hôpital pour la même affection, une néphrite aiguë syphilitique. L'un d'eux a succombé hier, et je vous montrerai tout à l'heure, à la fin de la leçon, les pièces d'autopsie. L'autre est encore dans le service, où vous pourrez le voir et l'examiner.

Nous allons considérer successivement l'histoire clinique de ces deux maladas et rechercher si, dans l'évolution de leur syphilis ou dans leurs antécédents, il n'existe pas d'indications dignes de retenir notre attention. Nous verrons, d'ailleurs, que la néphrite syphilitique a présenté, dans l'un et l'autre cas, des caractères différents, importants à prendre en considération.

Le malade actuellement encore dans nos salles est celui qui se rapproche le plus du type habituel de la néphrite aiguë syphilitique. Sa syphilis est en pleine évolution : son chancre est à peine cicatrisé et il a sur le corps une éruption de roséole, un peu atténuée à la suite de l'injection récente d'une faible dose de néo-salvarsan. Le chancre serait apparu au milieu de janvier 1914, et remonterait par conséquent à deux mois environ. La néphrite, chez cet homme, rentre donc comme chronologie dans la règle générale. Nous savons, en effet, que c'est habituellement dans les six premiers mois de l'infection spécifique que la néphrite aiguë syphilitique se produit.

Avant d'arriver aux accidents actuels, je voudrais faire un retour en arrière, envisager le passé du malade et voir si certaines particularités de ses antécédents morbides n'ont pas favorisé la localisation de la syphilis sur le rein. Le sujet a eu la scarlatine à l'âge de 12 ans, scarlatine compliquée d'œdème des membres inférieurs et d'albuminurie qui dura sept mois. Les reins furent donc là une première fois touchés. A l'âge de 14 ans, le malade contracta la fièvre typhoïde, mais à aucun moment, au cours de l'évolution de cette fièvre, on ne trouva d'albuminurie. Etant au régiment, le patient fut atteint de paludisme et de dysentérie : il eut la forme fébrile du paludisme et non la forme hématurique ; dans cette circonstance encore, le rein résista. Rentré chez lui, à la suite de fatigues professionnelles, cet homme dut se soigner à nouveau : il vint, en 1908, à l'hôpital Beaujon où nous l'avons traité pour de l'albuminurie. Vous le voyez, en somme, le malade n'a pas fait une néphrite à l'occasion de sa syphilis, par hasard. C'est un récidiviste de l'albuminurie. Il a présenté une première fois de l'albumine dans l'urine à la suite d'une scarlatine, et une seconde fois à la suite de fatigues. Il resta à ce moment deux mois dans le service. L'albuminurie, qui était de 3 grammes lors de son admission, diminua peu à peu, pour cesser au bout de six à huit mois. Sorti de l'hôpital, il revenait nous voir tous les quinze jours, et nous pûmes constater que, malgré la reprise de l'alimentation ordinaire, l'albuminurie avait complètement disparu. La tension artérielle était redevenue normale. Néanmoins, en raison de ses antécédents rénaux, nous avions recommandé au sujet de venir dans notre service à la moindre affection qu'il pourrait contracter. C'est ce qu'il fit, lorsqu'il constata le développement du chancre sur sa verge.

Lorsque ce malade se présenta à nous, porteur d'un chancre, il est évident que, d'emblée, connaissant son histoire antérieure, même en l'absence de tout symptôme attirant l'attention sur l'appareil rénal, l'examen des urines s'imposait :

il révéla une albuminurie intense, de 4 à 5 grammes d'albumine par litre, soit 10 à 12 grammes par jour, le patient émettant une quantité d'urine de 2 à 3 litres par vingt-quatre heures. Nous étions donc en présence d'une reprise de l'albuminurie chez un homme ayant été antérieurement deux fois albuminurique. Il existait, d'autre part, une série de symptômes permettant de poser le diagnostic de néphrite subaiguë. On trouvait de l'œdème des membres inférieurs, des bourses, du prépuce, de la paroi abdominale ; on constatait un certain degré d'ascite et d'hydrothorax. L'association de ces deux symptômes, l'albuminurie et les œdèmes, très marqués l'un et l'autre, nous guidait nettement. Quand, chez un sujet jeune, vous trouvez une grosse albuminurie et des œdèmes intenses, songez à la néphrite aiguë syphilitique.

On notait, en outre, un bruit de galop typique et un claquement du second bruit aortique. Le pouls était à 80, la tension artérielle normale. Il existait un autre symptôme important à signaler — important surtout au point de vue du traitement —, la stomatite : la bouche du malade était en très mauvais état, avec de nombreuses dents cariées, une suppuration gingivale permanente, sans parler de quelques plaques muqueuses. Si bien que, au moment de prescrire un traitement, nous dûmes rejeter d'une façon absolue l'emploi du mercure qui, même à faible dose, eut sûrement provoqué des accidents locaux très rapidement.

J'ajoute, pour compléter le diagnostic, que le Wassermann du sang était positif. Comme on pouvait craindre des troubles méningés, on pratiqua une ponction rachidienne et on examina le liquide céphalo-rachidien retiré. Ce liquide était indemne, sans réaction leucocytaire, sans augmentation de l'albumine, avec Wassermann négatif. Ainsi, le système nerveux n'était pas touché. On fit, enfin, un examen de l'urine et du sang. L'urine contenait une grosse quantité d'albumine, mais l'analyse montrait une élimination normale des substances qui la composent. Le dosage de l'urée du sang donna le chiffre sensiblement normal de 0 gr. 50 par litre. C'est justement cette absence de rétention d'urée qui nous fit considérer comme possible une tentative de traitement actif. On injecta 0 gr. 30 de salvarsan. Non seulement, il ne s'en est suivi aucun accident, mais encore on observa une diminution de l'albuminurie et de la roséole.

Notre deuxième malade était — je dis était, puisqu'il vient de succomber — un homme de 25 ans, exerçant la profession d'employé. On ne trouvait pas, semble-t-il, dans ses antécédents, de passé rénal. Il contracta la syphilis étant au régiment, en mai 1913. Je vous disais tout à l'heure que la néphrite aiguë syphilitique apparaît ordinairement dans les quatre ou six premiers mois de la syphilis. Vous voyez qu'ici, nous n'étions plus dans les limites ordinaires, puisque le début de la syphilis remontait à près d'un an. Il y a donc eu un retard — apparent tout au moins — sur le moment habituel où la néphrite spécifique se produit. Autre particularité. Notre premier malade n'avait reçu aucun traitement avant l'apparition des troubles rénaux. Le second malade, au contraire, avait été soigné pour sa syphilis. Il faisait alors, je l'ai dit, son service militaire en province. Il s'adressa à un médecin de sa ville de garnison qui lui fit, sur sa demande, après une première injection mercurielle, six injections de salvarsan, espacées de quinze en quinze jours. Le patient se crut guéri. Or, il est certain que six injections de salvarsan constituent une cure tout à fait insuffisante, qui ne saurait prétendre détruire entièrement le germe spécifique. Nous sommes loin, aujourd'hui, de l'injection unique stérilisante de 606. A l'heure actuelle, il n'est pas d'auteur pensant qu'une seule, et même que six injections de salvarsan soient capables de faire disparaître le tréponème. Si l'on veut avoir des chances d'obtenir ce résultat, il faut répéter les injections presque autant qu'avec le mercure.

Mais, si les six injections auxquelles fut soumis notre malade n'ont pas anéanti le virus, elles ont amené la guérison des accidents et donné au sujet l'apparence de la bonne santé, si bien qu'il put réellement se croire guéri. Or, il y a trois semaines, un jour, en prenant un bain de pied, cet homme s'aperçut que ses jambes étaient œdématiées. Il se reposa ; l'œdème diminua un peu. Il reprit son travail : l'œdème reparut, se développa et gagna tout le corps. Le patient vint à la consultation de l'hôpital Beaujon, en état d'anasarque. On examina ses urines et on trouva une grosse albuminurie de 26 grammes par litre, quantité considérable en soi, mais pas anormale pour la néphrite syphilitique. On a vu, dans la néphrite aiguë syphilitique, l'albuminurie s'élever à 50 grammes par litre, si bien qu'à 26 grammes, on est dans les doses moyennes.

L'œdème lombaire ne permettait pas de palper le rein. Au point de vue circulatoire, on constatait un bruit de galop net et une augmentation marquée de la tension artérielle, à tel point que l'on estima nécessaire, dès l'entrée du patient à l'hôpital, de faire une saignée. A la suite de l'émission sanguine, la tension artérielle baissa et redevint normale.

Si cet état, dans ses lignes générales, ressemblait à celui de notre premier malade, si nous avions affaire également à une syphilis récente avec œdèmes et albuminurie, il existait cependant des différences qui ne permettaient pas de cataloguer les deux cas dans la même catégorie. Le second malade accusait un ensemble de phénomènes nerveux qui faisaient redouter l'invasion

de l'urémie. Il avait, d'autre part, du myosis, signe sur lequel M. Bouchard a insisté. Le myosis, chez un albuminurique, doit faire craindre l'urémie. En outre, la quantité d'urée du sang était exagérée. L'urée est un témoin de l'intoxication. Nous avions ici 1 gr. 60 d'urée par litre, alors que le précédent malade n'avait que 0 gr.50. Cette différence considérable allait de pair avec l'ensemble des phénomènes nerveux et le myosis. Si bien que, au point de vue du pronostic immédiat et du traitement, les deux cas se présentaient très différemment. Le pronostic apparaissait beaucoup plus grave dans le second. Chez le premier malade, je fus d'avis de faire un traitement spécifique immédiat. Chez le deuxième, j'eus une opinion contraire. Son élimination rénale était défectueuse, on devait craindre qu'un traitement spécifique ne précipite l'urémie en ajoutant des produits toxiques médicamenteux aux produits toxiques déjà retenus dans l'organisme. Si bien que je recommandai de traiter le patient comme un rénal, sans médication spécifique. Vous voyez combien cette restriction prudente était justifiée, puisque le malade est mort d'urémie. Si nous avions fait un traitement mercuriel ou arsenical, nous aurions pu nous reprocher d'avoir aggravé la situation par le traitement. Cela prouve que, là, comme pour d'autres affections, il faut tenir compte, avant d'appliquer un traitement, de toutes les considérations susceptibles de nous guider. Appliquer à tous les malades atteints de la même maladie la même méthode thérapeutique, c'est faire de la mauvaise besogne.

Je voudrais maintenant, pour terminer cette leçon, envisager certaines difficultés du diagnostic et du traitement de la néphrite aiguë syphilitique. Dans nos deux cas, le diagnostic a été simple. L'albuminurie, les œdèmes survenant chez un sujet en période secondaire alors qu'aucune médication active n'est intervenue et n'a pu toucher le rein, permettent de rattacher la néphrite à la syphilis. Mais il est des cas plus difficiles. Vous pouvez vous trouver en présence de malades dans des conditions similaires, en période secondaire, avec de l'albuminurie, malades venant d'être soumis à une médication antisyphilitique plus ou moins intense et plus ou moins prolongée. L'année dernière, j'ai eu l'occasion de vous montrer l'existence de néphrites aiguës, chez des syphilitiques, causées par le traitement hydrargyrique ou par le salvarsan. On peut alors éprouver de l'embarras pour dire si l'altération rénale relève du traitement ou de la syphilis. En pareil cas, vous devez tenir compte de l'intensité de la médication suivie. Vous chercherez à savoir également si l'albuminurie existait déjà avant le traitement, ou si elle est apparue après seulement. En outre, vous verrez si l'albuminurie diminue après la suspension du traitement, ou si, au contraire, elle se maintient et continue à augmenter.

Autre diagnostic embarrassant. On observe de ces malades, ayant des œdèmes, de l'albuminurie considérable, sans symptômes ni antécédent connu de syphilis. Le Wassermann, dans ces circonstances, vous guidera.

Connaissant les deux difficultés dont je viens de parler, vous ne passerez pas à côté de la néphrite subaiguë syphilitique.

Un autre point des plus délicats est la question du traitement Quelle est l'influence du traitement spécifique sur la néphrite ? Les auteurs ont émis là-dessus les opinions les plus diverses. Il est des observations de néphrite aiguë syphilitique dans lesquelles la néphrite a été améliorée par le mercure ; d'autres où le mercure n'a rien fait ; d'autres où le mercure a amené une aggravation. De même, pour le salvarsan. Il est difficile, à la lecture de ces observations, de fixer des indications au traitement, de voir s'il est des cas où il faut le faire et d'autres non. J'ai cherché, dans les études publiées, si quelques points pouvaient nous diriger. Je n'ai trouvé qu'une seule chose assez nette : c'est la plus grande efficacité du traitement sur la néphrite précoce. Si vous pouvez reconnaître la néphrite au début, vous aurez plus de chances de la guérir que si vous êtes en présence d'une néphrite évoluant depuis longtemps.

M. Audry fait remarquer que si l'on veut dépister la maladie rénale et la guérir, ce n'est pas au moment où il y a néphrite aiguë qu'on doit intervenir, mais plus tôt. M. Audry pense que l'affection s'annonce par une période d'albuminurie minime, à laquelle succèdent de l'albuminurie plus intense et des œdèmes. Pour dépister cette phase, il faut examiner systématiquement les urines de tous les syphilitiques. En tous cas, si l'on reconnaît la néphrite de bonne heure, elle sera plus accessible au traitement. Je conclurai en disant que vous aurez d'autant plus de chances d'agir efficacement que vous aurez pu faire un traitement plus précoce.

(*Leçon recueillie par le Dr* P. Lacroix.)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : Service de M. le Professeur Mériel.

(Leçon de M. Tourneux, chef de clinique.)

Hernie épigastrique.

Je tiens à profiter aujourd'hui de la présence dans notre service d'un malade atteint d'une

hernie épigastrique pour vous dire quelques mots de cette affection, que vous ne rencontrerez pas sans doute bien souvent au cours de votre pratique médicale, mais qu'il importe de bien connaître, car il arrive fréquemment que l'on commette au début une grossière erreur, en attribuant à une affection stomacale les différents symptômes fonctionnels qui relèvent exclusivement de la hernie.

Il y a quelques jours, vous avez vu se présenter à la consultation chirurgicale ce malade actuellement couché au nº 10 de la salle Saint-Lazare. C'est un homme dans un excellent état de santé générale, grand, robuste, bien musclé, et dont les antécédents familiaux et personnels ne nous offrent aucun intérêt.

Il y a deux ans environ, il a commencé à éprouver un peu de gêne dans la région épigastrique, une sensation de pesanteur, puis de tiraillement, se transformant parfois, à l'occasion d'un effort, en véritable douleur. Pendant quelque temps, il s'est contenté simplement de souffrir, espérant avec cette belle confiance qui anime la plupart de nos malades, que tous ces phénomènes ne tarderaient pas à disparaître. Il n'en fut rien cependant, et au bout de quelques mois, voyant que les sensations douloureuses qu'il éprouvait continuaient à se manifester, il fut consulter son médecin qui, pensant à une vague gastralgie, lui prescrivit quelques remèdes. Notre malade ne retira bien entendu aucun bénéfice de ce traitement, et continua à souffrir ; puis, il y a environ 6 mois, il vit apparaître au niveau de la région épigastrique une petite tumeur molle, immobile, peu douloureuse à la palpation. Cette tumeur se mit à grossir lentement, s'accompagnant de temps à autre d'une véritable crise de souffrances avec irradiations dans les hypochondres, et de quelques vomissements alimentaires.

Comme traitement, on essaya alors d'un bandage. Je vous dirai dans un moment ce qu'il faut penser de ce procédé ; contentons-nous actuellement de constater qu'il n'apporta aucun soulagement pendant tout le temps qu'il fut porté, c'est-à-dire pendant 4 mois.

Cette tumeur grossissait toujours, jusqu'à prendre les dimensions qu'elle vous présente actuellement, c'est-à-dire celle d'un œuf de pigeon. On parla alors d'intervention chirurgicale et, après quelques refus, le malade en vint à reconnaître qu'il n'y avait pas d'autre thérapeutique possible, et finit par où il aurait dû commencer, c'est-à-dire par entrer dans un service de chirurgie.

Vous avez pu l'examiner commodément, et reconnaître qu'au niveau de l'espace sus-ombilical, à environ 4 travers de doigt de l'appendice xiphoïde, il existe, un peu à droite de la ligne médiane, une tumeur mate, immobile, assez molle, à implantation large, à contours peu nets, ne rappelant que très mal les symptômes que vous êtes habitués à constater chez vos autres hernieux.

Si la hernie épigastrique se présente avec une physionomie un peu particulière, cela tient aux conditions mêmes qui lui ont donné naissance : il faut savoir, en effet, qu'au niveau de la portion sus-ombilicale de la ligne blanche, il n'existe pas de véritable orifice herniaire analogue à ceux que nous rencontrons dans les régions inguinales, crurales ou ombilicales, mais que ce sont les fibres du raphé tendineux situé entre les muscles droits qui, en s'entrecroisant, délimitent ainsi un certain nombre d'orifices servant de passage aux filets nerveux ou aux vaisseaux sanguins et par où se font les hernies.

Or, au-dessous de la ligne blanche, et en rapport direct avec le péritoine, se trouve une couche cellulo-adipeuse assez importante dont les lobules ne tardent pas à venir faire saillie dans ces orifices dont je viens de vous parler. Puis, par suite de la facilité avec laquelle les éléments adipeux savent s'insinuer et se glisser le long des parois fibreuses, le lobule ne tarde pas à s'avancer davantage et à franchir l'orifice et à venir s'étaler au sein du tissu cellulaire sous-cutané. Il augmente bientôt de volume et d'importance et arrive à distendre l'orifice sur lequel il s'était glissé, et comme le feuillet cellulo-adipeux tient intimement au péritoine, cette séreuse ne tarde pas non plus à s'engager à son tour dans l'orifice, constituant ainsi un véritable sac herniaire. Ultérieurement, un organe intra-abdominal, intestin ou épiploon, viendra également manifester sa présence en ce point.

Tel est le mode ordinaire de formation de la hernie épigastrique. Sans doute, il est des cas, bien vus par Perrier, où le lobule adipeux manquerait complètement, et d'autres où, comme l'a signalé Princeteau, il semble qu'une disposition congénitale ait pu amener cette lésion ; mais dans l'immense majorité des cas, c'est par un lipome préherniaire que débute cette affection. C'est là un fait sur lequel des auteurs comme Scarpa, Cloquet, Velpeau, avaient déjà autrefois attiré l'attention, mais qui n'a été vraiment bien mis en lumière que grâce à Lucas-Championnière. Je tiens d'ailleurs à ajouter que le lipome préherniaire ne se manifeste pas seulement au niveau de la région épigastrique, mais qu'on peut également le rencontrer dans les autres points herniaires, au canal crural ou au canal inguinal ; il y est seulement beaucoup plus rare.

Et vous pouvez comprendre facilement à présent la pathogénie de ces symptômes fonctionnels qui prédominent pendant si longtemps, alors que les signes physiques n'ont pas encore apparu. Je vous ai dit que nombre des orifices de la ligne blanche servaient de passage aux filets nerveux ; c'est également par ces mêmes orifices que viennent s'engager les pelotons adipeux, et les phé-

✦✦✦

nomènes douloureux qui se manifestent ne font que traduire la compression de ces filets nerveux par le lipome herniaire. Telle est l'explication la plus simple et certainement la plus exacte de ces symptômes, et il est aisé de se rendre également compte de la raison de ces irradiations hypochondrales, qui dans certains cas, simulent à s'y méprendre les crises gastriques du tabès, en se souvenant qu'il ne s'agit que de filets des nerfs intercostaux. Et si l'on songe de plus que ces terminaisons nerveuses vont s'anastomoser et prendre part aux plexus des phréniques, on aura encore l'explication de ces vomissements qui viennent si souvent se manifester au cours de l'évolution des hernies épigastriques et dont notre malade nous a fourni un fort bel exemple.

Ce sont là des notions qui ne sont pas connues depuis bien longtemps, — seulement depuis l'ère antiseptique où les méthodes nouvelles ont permis de multiplier les interventions chirurgicales et de mieux voir la réalité des faits. Les vieux auteurs, ceux qui ont décrit les premiers les hernies épigastriques, se faisaient une toute autre idée de la raison d'être de ces symptômes. Gorengeot, dans son mémoire de 1740, incriminait la présence de l'estomac dans la hernie pour expliquer la pathogénie des douleurs et des vomissements; son opinion fut soutenue par des hommes comme Desault, A. Cooper, Laurence, Malgaigne, Gosselin, et en 1867, A. Jamain défendait encore les idées de Gorengeot. Plus récemment, d'autres auteurs ont pensé que ces différents phénomènes étaient dus à ce que l'épiploon, engagé dans la hernie et attiré en quelque sorte par elle, exerçait une série de tractions sur l'estomac. Les recherches les plus modernes ont montré qu'il n'en était rien, et que c'était à la compression des filets nerveux qu'il fallait rattacher tous ces symptômes fonctionnels.

Il arrive d'ailleurs dans certains cas que ces phénomènes douloureux atteignent un tel degré d'acuité, exaspérés qu'ils sont par le moindre mouvement, que le malade en vient à se condamner lui-même à une immobilité presque complète, ou, s'il est forcé de se mouvoir, il ne le fait qu'avec lenteur, relâchant ses muscles abdominaux par une position courbée.

Toutes les hernies épigastriques ne présentent pas heureusement une telle évolution clinique, et les phénomènes douloureux, tout en survenant à la suite d'un effort, d'un accès de toux, d'un éternuement, n'en arrivent jamais à prendre un tel caractère d'intensité, qui n'est plus à proprement un caractère propre de la maladie, mais bien une complication.

Ce n'est pas d'ailleurs la seule que nous puissions rencontrer ; d'autres lésions peuvent venir encore se surajouter et indiquer alors d'une façon plus nette la nécessité d'une intervention.

Le sac herniaire, en venant frotter incessamment les parois de l'orifice fibreux qu'il traverse, ne cesse d'entretenir une irritation locale, et de cette inflammation aseptique, il résulte, comme pour les hernies ombilicales, l'adhérence intime du sac à l'orifice herniaire ; c'est peut-être à ce fait qu'il faut rattacher ces crises douloureuses atroces et qui s'expliqueraient mieux par la névrite occasionnée.

De même, les organes contenus dans ce sac peuvent, eux aussi, présenter des modifications, et l'épiploon, dans la hernie épigastrique, se comporte bien souvent comme dans la hernie ombilicale : il ne tarde pas à s'enflammer chroniquement, et cette épiploïte se traduira par des adhérences plus ou moins intimes avec l'endothélium sacculaire. Mais comme la hernie est toujours de dimensions assez minimes, ne se traduisant jamais par ces énormes tumeurs que l'on voit si fréquemment au niveau de l'ombilic, l'adhérence épiploïque ne peut amener les résultats graves qu'elle occasionne souvent dans ces autres hernies, car il ne se forme pas dans les hernies épigastriques de véritables loges, où l'intestin engagé ne tarde pas à être enserré par l'épiploon et à présenter les phénomènes de l'étranglement.

Ce que je viens d'avancer ne veut pas dire que l'étranglement vrai n'existe pas.

Il serait exceptionnel, d'après Jaboulay et Patel, et les cas rapportés par Wiesinger ne seraient pas probants, disent-ils ; nous en avons cependant observé un cas fort net dans le service, et l'intervention pratiquée ne nous permet pas d'avoir de moindre doute à cet égard.

L'exposé sommaire des quelques accidents qui peuvent venir compliquer les hernies épigastriques vous montre bien de quelle importance est la parfaite connaissance de cette lésion, et l'histoire clinique même de notre malade peut vous indiquer combien le diagnostic est délicat à la période de début, alors que les signes fonctionnels existent seuls et que les signes physiques ne semblent pas encore avoir fait leur apparition. Ils existent cependant, mais il faut savoir les recher-cher, et c'est en examinant attentivement le malade debout et couché, en palpant sa région épigastrique, en le faisant tourner à maintes reprises, que vous pourrez, ou sentir le lipome commençant à saillir à travers les intestins de la ligne blanche, ou bien encore mettre en évidence cet orifice lui-même où vient s'engager un diverticule péritonéal. Il faut, et j'insiste sur ce point, ne jamais se contenter d'écouter simplement les dires de notre malade, mais il faut l'examiner, afin de ne pas commettre cette erreur qui se produit souvent, de ne voir que les symptômes fonctionnels et de songer, par suite, à la gastralgie, à la dyspepsie, avec coliques hépatiques, voire même aux crises du tabès, alors qu'on se trouvait en présence d'une simple hernie épigastrique.

Plus tard, quand la tumeur commencera à se révéler, à apparaître en faisant une saillie dans le creux épigastrique, aucune confusion ne sera plus possible et la nature de l'affection s'imposera. Mais en reculant jusqu'à ce moment votre diagnostic, vous aurez fait perdre à votre malade un temps précieux, en le laissant en proie à de vives souffrances, alors qu'un examen plus attentif aurait pu vous faire voir quel était la véritable lésion et par suite, quel traitement il fallait apporter.

Le traitement chirurgical des hernies épigastriques ne date que d'hier, et c'est grâce aux efforts de Lucas-Championnière et de Perrier qu'il est entré dans la technique courante.

Pendant longtemps, les chirurgiens n'ont rien osé tenter contre cette affection, et ne pensaient même pas que la cure radicale fût jamais possible : c'était l'opinion que Malgaigne soutenait dans ses cliniques en 1841, à laquelle s'étaient ralliés tous ses contemporains et que Gosselin admettait encore en 1865. Toute la thérapeutique se bornait donc au port d'un bandage, qui dans bien des cas, réalisait plus de mal que de bien, et cela se conçoit aisément si l'on songe que la pelote du bandage, au lieu de venir s'appliquer sur un orifice et d'empêcher par suite la poussée des viscères, venait se fixer sur le lipome et l'écraser contre la ligne blanche, augmentant ainsi par cette compression les douleurs que ces hernieux éprouvent déjà.

Si les chirurgiens n'osaient intervenir plus activement, c'était par crainte du péritoine, et il fallut l'ère antiseptique pour amener une véritable révolution dans le traitement des hernies épigastriques en faisant admettre la possibilité de la cure radicale.

Je serai très bref sur l'intervention elle-même, et je me garderai bien de vous exposer les innombrables procédés opératoires qui ont été préconisés. Je me bornerai à vous dire que le temps le plus important de l'acte opératoire ne consiste pas seulement dans l'ablation du lipome et du diverticule péritonéal qu'il renferme, mais bien dans la reconstitution de la paroi abdominale et dans la formation d'un plan solide capable de s'opposer à toute nouvelle issue de viscères.

On peut refermer la paroi abdominale en plusieurs plans, on peut multiplier les adossements musculaires et aponévrotiques, ou se borner, comme c'est l'habitude de M. le Prof. Mériel, à ne faire qu'une suture totale en un seul plan ; l'essentiel de l'intervention est de supprimer tout espace mort, et par une solide adhésion de tous les éléments constitutifs de la région, de réaliser une bonne reconstitution d'un plan fibreux inextensible qui résistera victorieusement à toutes les poussées intra-abdominales : c'est ce que vous verrez faire demain matin.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement des bronchites aiguës et chroniques par les injections d'émétine. — A la dose de 0.04 ctgr. à 0.08 ctgr. répétée 4 ou 5 jours, l'émétine améliore souvent les signes physiques et fonctionnels des bronchites aiguës et des bronchites subaiguës et chroniques des emphysémateux et des asthmatiques.

La médication est parfaitement tolérée, même par les cardiaques et les rénaux avancés.

Félix Ramond. (*Soc. méd. hôp.*)

Action des substances oxydantes sur les toxines in vivo. — Il résulte d'expériences nombreuses et précises que les toxines peuvent être oxydées *in vivo*.

En tenant compte de ce fait que les oxydants trop énergiques agiraient sur les anticorps comme sur les toxines elles-mêmes, on pourra donc, dans les maladies infectieuses à marche aiguë et suraiguë, avoir recours avantageusement à l'oxygène, par toutes les voies (respiratoire, rectale, sous-cutanée), et aux chlorates, surtout au chlorate de radium.

L'oxydation des toxines *in vivo* et la sérothérapie ne s'excluent pas.

Belin, de Tours. (*Soc. pathol. comp*).

La médication bile-pancréatine-soufre donne des résultats fort appréciables chez les hyposthéniques, dyspeptiques nerveux, chez les hypersthéniques, notamment lorsque finit par apparaître la lenteur digestive, chez les tachyphages non encore franchement dyspeptiques, chez les basedowiens frustes, à troubles dyspeptiques, à caractère désordonné, « véritablement anarchique ».

On prescrira chacun des trois éléments à la dose de quelques centigrammes et non pas aux doses d'une médication substitutive de l'insuffisance pancréatico-biliaire, au milieu ou à la fin des repas, ou bien dès qu'apparaît un malaise.

L. Alquier. (*Gaz. hôp.*)

Traitement des ascites cirrhotiques par les injections d'eau distillée. — On retire une forte quantité de liquide ascitique ; puis, par le trocart laissé en place, on injecte la même quantité d'eau distillée aseptique à 44°. Après un certain temps de contact, on évacue la majeure partie de l'eau que contient la cavité péritonéale et on applique un bandage compressif.

L'injection est indolore et ses résultats sont le plus souvent remarquables.

BAYLAC. (*Toulouse médical.*)

Traitement des œdèmes périphériques (rétention chlorurée) par l'application externe de solutions hyperchlorurées. — Dans une solution chlorurée très hypertonique (25 à 50 gr. par litre), on trempe des compresses que l'on applique sur les régions œdémateuses, en les recouvrant d'une couche épaisse d'ouate hydrophile et en maintenant par une bande lâche. On laisse toute la nuit.

Le lendemain matin, on est souvent étonné de la quantité de liquide qui a filtré dans l'ouate.

PATHAULT de Blois, (*Journ. Pratic.*)

Traitement du goître exophtalmique par les sels de quinine à hautes doses longtemps prolongées. — Fréquemment, l'amélioration définitive du syndrome basedowien est obtenue par l'emploi de la quinine, donnée à raison de 1 à 3 grammes par jour, doses prises en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, au repas du soir, pendant 15 à 20 jours par mois.

La tolérance est remarquable.

René GAULTIER. (*Soc. méd. Paris.*)

Formule d'injection hypodermique, contre les métrorrhagies abondantes.

Chlorhydrate d'hydrastinine	cinquante centigr.
Eau distillée stérilisée	10 cc.

Injecter 1 cc. deux fois par jour, soit dix centigrammes de chlorhydrate d'hydrastinine.

A. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sérothérapie antiparaméningococcique. — La diphtérie à l'hôpital Hérold en 1911 et 1912. — Un cas de mort après injection de néo-salvarsan. — Etiologie syphilitique de l'hydrocèle dite idiopathique. — Vitiligo et syphilis. — Ponction encéphalique par voie orbitaire. — Injections arachnoïdiennes de sérum syphilitique. — Pleurésie lamellaire latente. — Action de l'émétine sur les hémorrhagies du tube digestif. — Diagnostic de la typho-bacillose par la recherche du bacille de Koch dans l'urine. — Transfusion du sang suivie de succès. — Position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance. — Vaccinothérapie anti-gonococcique.

MM. MÉNÉTRIER et AVEZOU rapportent, à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de *méningite cérébro-spinale guérie par le sérum antiparaméningococcique.*

Il s'agit d'un enfant chez lequel une méningite cérébro-spinale fut traitée d'abord, sans succès, par le sérum antiméningococcique. Devant l'échec de ce sérum, on s'adressa à la sérothérapie *antiparaméningococcique.* Rapidement, la fièvre et les principaux symptômes morbides disparurent.

M. NETTER fait remarquer que l'on n'utilise habituellement le sérum anti-paraméningococcique qu'après avoir essayé le sérum antiméningococcique et constaté son échec. Il y aurait pourtant intérêt à traiter dès le début les malades avec le sérum convenable, et l'emploi d'un sérum polyvalent, visant à la fois le méningocoque et les paraméningocoques, permettrait de le faire.

M. Netter croit que le sérum préparé en Amérique répond à ces indications. Les chevaux qui le fournissent sont, en effet, immunisés au moyen d'un mélange de plus de quarante souches de méningocoques. On peut utiliser aussi un mélange à parties égales de sérum antiméningococcique et de sérum antiparaméningococcique. En injectant des quantités assez abondantes de ce sérum mixte, il est possible, dès le premier jour, d'introduire dans le canal rachidien du malade la dose convenable de sérum efficace.

— MM. BARBIER et AINÉ présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une *statistique du service de la diphtérie à l'hôpital Hérold*, en 1911 et 1912.

La mortalité brute des diphtéries observées à l'hôpital Hérold a été de 14,40 p. 100 en 1911 et de 9.60 pour 100 en 1912. Comparant ces chiffres à ceux des documents analogues recueillis de 1904 à 1907, on constate, dit M. Barbier, un léger relèvement des décès au passif de la période actuelle. Il semble que l'on puisse faire intervenir comme responsable jusqu'à un certain point de cette légère recrudescence la notion d'anaphylaxie et la crainte des accidents sériques. Les formes graves, en effet, atteignent presque uniquement les enfants chez qui l'injection de sérum a été faite tardivement. Avec MM. Martin, Méry et Caussade, M. Barbier déplore l'état de « sérumphobie » qui a été créé par le récit d'accidents sériques dont on a exagéré la fréquence et l'importance ; d'autant que nous sommes mieux armés pour éviter le choc anaphylactique dont nous connaissons plus complètement les modalités.

— M. E. JOLTRAIN rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *mort à la suite de deux injections de néo-salvarsan au début de la syphilis.*

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, atteint de chancre syphilitique, que M. Joltrain traita, sur sa demande, par le néo-salvarsan. Le malade était bien constitué, robuste ; pas d'albuminurie ; constante d'Ambard normale. En conformité avec les dernières instructions données par Ehrlich lui-même au Congrès de Londres, une série de trois injections intra-veineuses de cyanure de mercure fut faite au préalable ; puis on commença le traitement par le néosalvarsan. La première injection de néo-salvarsan (0 gr. 30, correspondant à 0 gr. 20 de salvarsan),

faite deux jours après la fin de la petite série mercurielle, fut bien supportée. Une semaine plus tard, deuxième injection de néo-salvarsan, à dose faible (0 gr. 20). Cette deuxième injection est tout d'abord bien tolérée, à part un léger état nauséeux et un peu de céphalée. Mais, dans la nuit suivante, le sommeil est agité. Le surlendemain, maux de tête. Le troisième jour, au soir, le patient est pris de diarrhée, de vomissements, et on le trouve la nuit, dans son lit, en proie à des convulsions épileptiformes, le visage cyanosé, la respiration stertoreuse, dans le coma complet malgré tous les soins prodigués, saignée, injections de sérum, d'huile camphrée, il meurt dans la matinée — trois jours et demi après l'injection de néo-salvarsan.

Aucune faute de technique n'a été commise. Les reins étaient sains, les doses très modérées.

M. Milian reconnaît que les cas de ce genre relèvent indubitablement de la médication elle-même. L'intolérance des sujets semble la seule explication acceptable : le problème consiste à déterminer en quoi consiste cette intolérance. Pour M. Milian, elle traduit une instabilité vaso-motrice qui peut être combattue efficacement par l'adrénaline.

M. Sicard a remarqué que les accidents graves après injections de salvarsan se sont produits uniquement chez des sujets à Wassermann positif et en période syphilitique secondaire.

— MM. Dufour et Joseph Thiers font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*étiologie syphilitique de l'hydrocèle dite idiopathique.*

Les auteurs ont poursuivi une enquête étiologique chez tous les malades atteints d'hydrocèle dite idiopathique (au nombre de 7), qu'ils ont observés. Chez tous, ils ont trouvé des antécédents ou des signes de syphilis en activité : Wassermann positif dans le sang, Wassermann du liquide de l'hydrocèle positif, guérison par le traitement spécifique, etc. MM. Dufour et Thiers concluent que l'hydrocèle idiopathique de la vaginale paraît relever d'une origine syphilitique. Si la syphilis n'est pas décelable cliniquement, il faut la dépister par la réaction de Wassermann pratiquée sur le sang et surtout sur le liquide de la vaginale. La recherche du Wassermann dans le liquide de l'hydrocèle s'impose au chirurgien avant toute tentative opératoire, la thérapeutique de la maladie devant ressortir en ce cas plutôt du médecin que du chirurgien.

M. Comby pense que, pour ce qui concerne l'hydrocèle vaginale des nourrissons, la syphilis héréditaire n'intervient pas dans sa pathogénie. La coïncidence peut exister, la relation de cause à effet doit être écartée dans la majorité des cas.

— MM. Guillain et Guy Laroche, à propos d'un cas de paraplégie spasmodique syphilitique avec vitiligo généralisé, parlent, à la *Société médicale des hôpitaux*, des *rapports du vitiligo avec la syphilis.*

Le vitiligo, disent-ils, reconnaît des causes multiples, mais les relations de cette lésion cutanée avec la syphilis semblent particulièrement nettes. La coexistence fréquente du vitiligo avec différents signes de syphilis est un argument qui montre, sinon la nature spécifique de la dermatose, du moins son développement facile chez d'anciens syphilitiques. Cette notion est intéressante ; elle permet, dans une certaine mesure, comme le pensent MM. Pierre Marie et Crouzon, de considérer le vitiligo comme une sorte de stigmate venant orienter le diagnostic d'un syndrome douteux. En fait, chez un de leurs malades atteint de paraplégie spasmodique, MM Guillain et Laroche se sont appuyés sur l'existence d'un vitiligo généralisé pour affirmer l'origine syphilitique de la paraplégie. Le Wassermann, qui était positif, confirma le diagnostic.

— M. L. Bériel expose, à la *Société médicale des hôpitaux*, un nouveau procédé de *ponction encéphalique, pratiquée par la voie orbitaire.*

L'auteur emploie depuis plusieurs années, pour pénétrer dans la cavité cranienne (dans un but clinique et thérapeutique), une voie particulière, la voie orbitaire. Il enfonce une aiguille, partant du milieu de l'arcade orbitaire supérieure, le long du plafond de l'orbite, ce qui la conduit à la partie externe de la fente sphénoïdale. On aborderait ainsi aisément les lacs sous-arachnoïdiens à la partie antérieure du cerveau et l'on pourrait à ce moment pratiquer une injection dans les méninges craniennes (injection de néo-salvarsan, de sérum par exemple).

— MM. L. Bériel et P. Durand lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur le *traitement du tabès et de la paralysie générale par injections arachnoïdiennes de sérum syphilitique en activité.*

Ellis et Swift ont proposé d'injecter aux malades du 606 dans les veines, de recueillir le sérum peu de temps après et d'injecter ce sérum dans les méninges. MM. Bériel et Durand préfèrent s'adresser, comme producteur d'anticorps, non au malade lui-même, mais à un syphilitique en période secondaire active dont les accidents viennent de guérir par le salvarsan. Ils injectent son sérum, préalablement chauffé à 56 degrés pour être certain de la disparition de tout germe. Ils ont appliqué cette méthode d'hétéro-sérothérapie chez trois sujets atteints l'un de tabès, les deux autres de paralysie générale.

— M. Félix Ramond fait à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *pleurésie lamellaire séro-fibrineuse latente.*

A côté des pleurésies à grand épanchement, il existe, dit M. Ramond, des pleurésies à épanchement minime qui ne fournissent qu'une mince lame de liquide, de 1/2 centimètre ordinairement. Ces pleurésies, très fréquentes, passent inaperçues dans la majorité des cas, car elles ne s'accompagnent d'aucun des grands signes classiques de la pleurésie : pas de souffle, pas de diminution appréciable du murmure vésiculaire, pas de grande matité. On peut les dépister, grâce au signe des spinaux, décrit en

✦✦✦✦

1910 par M. Ramond, et à la ponction exploratrice. Le signe des spinaux se recherche de la façon suivante : le malade étant assis sur une chaise, le buste bien droit, on voit, en regardant la région lombaire, une saillie et un élargissement des muscles spinaux, élargissement que l'on constate également par la palpation douce. Cette saillie des muscles spinaux (due à une contracture réflexe des muscles causée par la pleurésie) peut s'observer dans d'autres circonstances (lumbago, arthrites vertébrales, etc.), mais elle n'en attire pas moins l'attention du côté pleural. La ponction, dans ces conditions, faite en retirant l'aiguille avec lenteur, ramènera un peu de liquide.

M. Ramond signale, enfin, parmi les manifestations de ces pleurésies lamellaires latentes, des névralgies intercostales d'apparence primitive.

— M. Louis Rénon parle, à la *Société médicale des hôpitaux*, de *l'action de l'émétine sur les hémorrhagies graves du tube digestif.*

L'émétine a été employée avantageusement, déjà, dans les hémoptysies et les hémorrhagies intestinales. M. Rénon y a eu recours dans cinq cas graves d'hémorrhagies digestives, hématémèses et mélæna. Le résultat obtenu a été rapide et excellent. Deux de ces cas concernaient des hépatiques atteints de cirrhose de Laënnec et de cirrhose hypertrophique biliaire. La dose injectée a été de 6 centigr., et on l'a quelquefois continuée par des doses plus faibles.

M. Lesné a essayé l'émétine dans deux cas d'hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde, sans succès. Mais cette médication fut très efficace chez un malade atteint d'hémorrhagies intestinales au cours d'un ictère grave. Même efficacité thérapeutique chez un homme qui présenta des épistaxis rebelles au cours d'une cirrhose graisseuse.

M. Ramond dit, d'autre part, avoir obtenu souvent des résultats très favorables, dans le traitement des bronchites aiguës graves, avec les injections fortes d'émétine (0 gr. 06 et même 0 gr. 08).

M. Rénon a utilisé avantageusement, également, l'émétine dans les broncho-pneumonies très graves, chez des malades âgés.

— MM. Sablé et Mercier (de Lille) présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un mémoire sur le *diagnostic de la typho-bacillose de Landouzy par la recherche du bacille de Koch dans les urines.*

Ces auteurs se sont adressés, pour établir le diagnostic de typho-bacillose de Landouzy, à la recherche directe du bacille dans les urines. Quatre fois sur cinq cas, ils ont pu déceler la bacillurie tuberculeuse pendant la phase aiguë de la maladie. Pour cette recherche, ils ont employé une technique nouvelle basée sur le pouvoir agglutinant du sérum antituberculeux de Marmoreck vis-à-vis du bacille de Koch.

— MM. Cyrille Jeannin et Roux-Berger rapportent à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* deux cas de *transfusion du sang suivie de succès,* chez des accouchées atteintes d'infection et de grave anémie post-hémorrhagique.

Dans les deux cas, il s'agissait d'hémorrhagies alliées à des infections. La transfusion a paru, sur le moment même, avoir un résultat fâcheux ; mais, par la suite et progressivement, il fut manifeste qu'elle contribua grandement à l'évolution heureuse de la maladie.

M. Pinard conclut des observations de M. Jeannin que la transfusion peut être utile dans certains cas, tout en produisant des symptômes de réaction peu encourageants d'emblée.

— M. Fieux, à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, recommande la *position de Trendelenburg dans les hémorrhagies graves de la délivrance.*

Dans cinq cas d'hémorrhagies graves de la délivrance, à allure incoercible, M. Fieux a eu recours à la position inclinée dite de Trendelenburg. Il l'employa, d'abord, dans la pensée de remédier aux accidents d'ischémie cérébrale et il eut la surprise de voir l'hémorrhagie s'arrêter. Sous l'influence de cette position, l'utérus gros et lourd glisse vers le diaphragme ; cessant d'être flasque, il devient ferme et contracté.

La position de Trendelenburg est facilement réalisable partout au moyen d'une vulgaire chaise de cuisine renversée et placée sous le matelas.

M. Demelin emploie la position inclinée dans les hémorrhagies obstétricales depuis plusieurs années. Il a même représenté dans une figure d'un de ses ouvrages, à l'article « anémie post-hémorrhagique », le plan incliné réalisé dans la pratique civile par la chaise renversée, mise les pieds en l'air et de telle sorte que le bord supérieur du dossier et le bord antérieur du siège reposent sur le plan du lit.

M. Fieux répond que sa communication a pour but d'attirer l'attention sur les avantages de la position inclinée de Trendelenburg non seulement dans les anémies post-hémorrhagiques (où il est d'usage courant d'abaisser la tête), mais surtout dans les hémorrhagies graves de la délivrance, comme moyen d'hémostase.

M. Pinard précise, en effet, l'intérêt de la communication de M. Fieux. L'inversion du corps a été recommandée et appliquée dans de nombreux cas d'hémorrhagie grave, mais en vue de parer aux dangers de l'anémie cérébrale. Pour M. Fieux, le plan incliné jouerait un rôle capital dans l'arrêt de l'écoulement sanguin provenant de l'utérus en état d'inertie et agirait comme procédé hémostatique.

— MM. Bar et Lequeux communiquent à la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, les résultats qu'ils ont obtenus à la clinique Tarnier avec le *vaccin antigonococcique atoxique de MM. Ch. Nicolle et Blaizot.*

MM. Ch. Nicolle et Blaizot ont préparé par la culture des gonocoques dans un milieu spécial un vaccin qu'ils déclarent atoxique et stable. Ils recommandent d'employer ce vaccin à la dose de un demi-centim.

cube (correspondant à 3 milliards de microbes) dilué au moment de l'injection dans un cent. cube 1/2 d'eau physiologique. L'injection se fait dans le tissu musculaire ou, au besoin, dans la veine.

Ces auteurs ont rapporté des cas d'ophtalmie, d'orchite, de cystite, de métrite, rapidement guéris par le sérum. MM. Bar et Lequeux ont cherché à contrôler certains de ces résultats dans leur service de la clinique Tarnier. Après avoir employé le sérum de Nicolle chez un enfant atteint de dacryocystite suppurée et chez quatre femmes atteintes de salpingites doubles et rebelles, ils concluent :

1° Que le vaccin de Nicolle et Blaizot paraît particulièrement actif dans l'ophtalmie du nouveau-né ;

2° Que les cas de salpingites qu'ils ont observés ont été très favorablement influencés par ce traitement ;

3° Que ce vaccin ne semble pas être dangereux.

M. Bar estime qu'il serait intéressant, dans ces conditions, de faire un essai plus grand du vaccin.

M. Sauvage signale un cas d'infection génitale à gonocoques compliquée de péritonite où le vaccin de Nicolle et Blaizot s'est montré inefficace.

P. L.

TECHNIQUE MÉDICALE

Notions générales de sphygmomanométrie clinique.

Par le docteur A. Gambier.

(*Suite et fin*) (1).

E. *L'hypertension minima est considérable, la Tmx n'étant que peu augmentée, ou étant normale, ou inférieure à la normale.*

La constatation de cette formule est l'indice que la puissance de réserve du cœur est épuisée ; elle s'observe en pleine asystolie, souvent associée à l'urémie.

Les notions que nous venons d'exposer ne sauraient donner la clé de tous les problèmes de pathologie cardio-vasculaire ; de même qu'il n'y a pas une courbe normale spécifique qui puisse servir de repère et de confrontation, à cause des variations individuelles constatées chez des sujets également indemnes de tout trouble anatomique ou fonctionnel, de même l'hypertension pathologique symptomatique d'une viciation anatomique ou fonctionnelle débute à un chiffre variable d'un individu à l'autre, de même des états morbides, portant la même étiquette, ne sauraient fournir à toutes leurs étapes des tracés sphygmomanométriques superposables. Les courbes et les pressions ont une signification tout individuelle, et ne peuvent avoir qu'une valeur d'appoint dans l'interprétation des symptômes cliniques qui évoluent parallèlement à elles ; mais des données que nous avons résumées se dégagent pourtant des règles générales, qui, pour n'être pas absolues, n'en ont pas moins une utilité indiscutable.

Il est aujourd'hui établi que, pour connaître un état de tension artérielle et évaluer un état d'équilibre ou de déséquilibre circulatoire, la mesure contemporaine des deux tensions est nécessaire. La connaissance de la Tmn dans l'étude de la tension artérielle considérée en soi, est la plus importante, parce qu'elle nous renseigne sur l'état artériel permanent, sur la pression subie par tout le système artériel pendant la diastole du cœur ; en dehors de toute surcharge systolique ; la connaissance de la valeur de la Tmx n'est pas moins nécessaire pour connaître la résistance périphérique maxima et déterminer la pression différentielle.

Toutes les fois qu'il survient un obstacle à la circulation périphérique artérielle ou parenchymateuse, l'équilibre circulatoire n'est pas détruit pour cela, car le cœur lutte, s'hypertrophie et s'adapte aux résistances accrues. L'augmentation des résistances peut déterminer toute une série de symptômes ou d'accidents dus à la surpression qui existe dans l'arbre artériel, et le degré plus ou moins élevé de l'hypertension, surtout maxima, a sa signification et son importance propre en pratique ; mais un jour vient où le cœur surmené s'épuise et fléchit, si l'on n'y prend pas garde, et ce qu'il faut chercher à connaître, ce qu'il faut surveiller constamment dans la vie d'un hypertendu, c'est le facteur capital de l'équilibre cardio-vasculaire, c'est la puissance cardiaque, c'est, en fait, le rapport Tmx — Tmn, c'est-à-dire PD.

Des éventualités que nous avons tour à tour envisagées et des graphiques qui les objectivent, se dégagent les règles générales suivantes, d'application facile :

1° Il y a équilibre cardio-vasculaire parfois, quand PD, c'est-à-dire Tmx — Tmn est égal à 8 ou 10 chez les individus ayant une pression minima comprise entre 8 et 10, et égal à 10 à 12, chez les individus ayant une pression minima comprise entre 10 et 12.

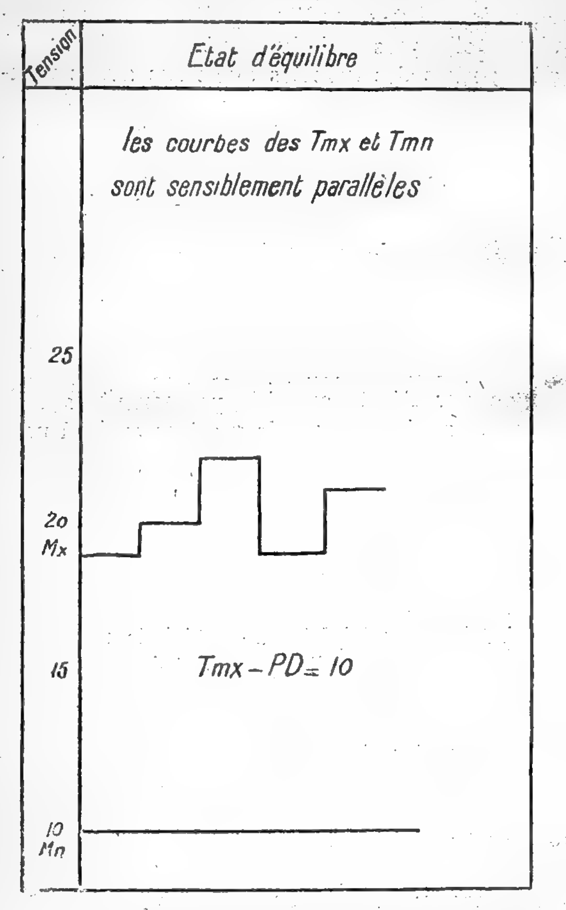
2° Quand la tension maxima s'élève ou s'abaisse, la pression minima restant sensiblement fixe, l'équilibre cardio-vasculaire est conservé, et les variations de PD sont parallèles aux variations de Tmx.

Ou si l'on veut, plus simplement, en cas d'équilibre cardio-vasculaire : les courbes des Tmx et Tmn sont sensiblement parallèles ;

3° Quand la Tmx s'élève ou s'abaisse, et que

(1) Voir *Concours Médical*, nos 12 et 13.

la Tmn s'élève, l'équilibre cardio-vasculaire se détruit, et les variations de PD ne sont plus parallèles aux variations de Mx.



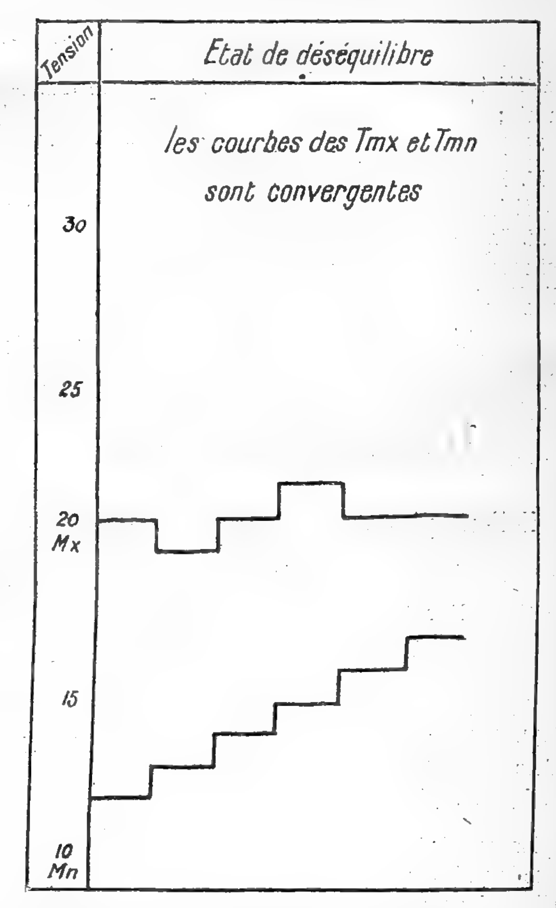
Ou si l'on veut, plus simplement, en cas de tendance au déséquilibre cardio-vasculaire, les courbes des Tmx et Tmn sont convergentes.

4° Quand la Tmx s'élève ou s'abaisse, et que la Tmn s'abaisse, l'équilibre cardio-vasculaire tend à se rétablir, si les variations de PD redeviennent parallèles aux variations de Mx.

Ou si l'on veut, plus simplement, en cas de retour à l'équilibre cardio-vasculaire, les courbes de Tmx et Tmn sont divergentes.

Il nous paraît certain que soumises à l'application des règles précitées, les indications fournies par l'oscillomètre sphygmomanométrique de Pachon sont d'une réelle utilité pour le médecin, dans le diagnostic et le pronostic des variations des tensions artérielles ; il nous semble qu'elles peuvent aussi lui être d'un grand secours dans le traitement des hypertensions et des troubles de l'équilibre circulatoire, et le garder, suivant son tempérament, ou de rester les bras croisés, ou de tirer au canon pour compenser l'imprécision du tir.

Sans envisager le traitement causal sur l'opportunité duquel tout le monde est d'accord et qu'il est souvent, du reste, difficile de préciser, la question de savoir s'il faut ou non combattre l'hypertension artérielle, pour nous, ne se pose pas. Que l'hypertension soit primitive ou secondaire, qu'elle soit la cause déterminante des scléroses vasculaires ou viscérales, ou qu'elle soit une réaction de défense contre un obstacle à la circulation artérielle ou parenchymateuse, il n'est pas douteux qu'elle provoque un grand nombre de manifestations symptomatiques qui sont directement sous la dépendance de la statique sanguine. Ne fût-ce qu'à ce point de vue, il est légitime de soulager les sujets qui présentent des accidents d'hypertension ou de les en



mettre à l'abri. De plus, il est probable que l'hypertension, par la fatigue qu'elle impose aux parois artérielles et l'usure qu'elle y détermine, contribue à accroître les lésions de sclérose qui conditionnent le barrage périphérique. S'il en est ainsi, il est encore plus légitime de combattre l'hypertension, car à mesure que l'obstacle augmente, c'est-à-dire à mesure que les artères périphériques se resserrent ou s'oblitèrent, le cœur s'hypertrophie parallèlement et redouble d'énergie, la pression se trouve doublement accrue et l'on tourne dans un cercle vicieux dont on ne peut sortir qu'en attaquant l'hypertension en soi. Combattre l'hypertension, ce n'est pas seulement préserver les malades des manifestations symptomatiques par lesquelles elle se traduit,

VALS SOURCE REINE

TRAITEMENT de l'ARTHRITISME

Cure de Printemps

MODE D'EMPLOI :

Un verre le matin à jeun

Un verre une heure avant le déjeuner

Une heure avant le dîner

Le reste de la bouteille consommé aux repas

N.-B. — Pour éviter ***les substitutions***

AVOIR SOIN DE BIEN SPÉCIFIER :

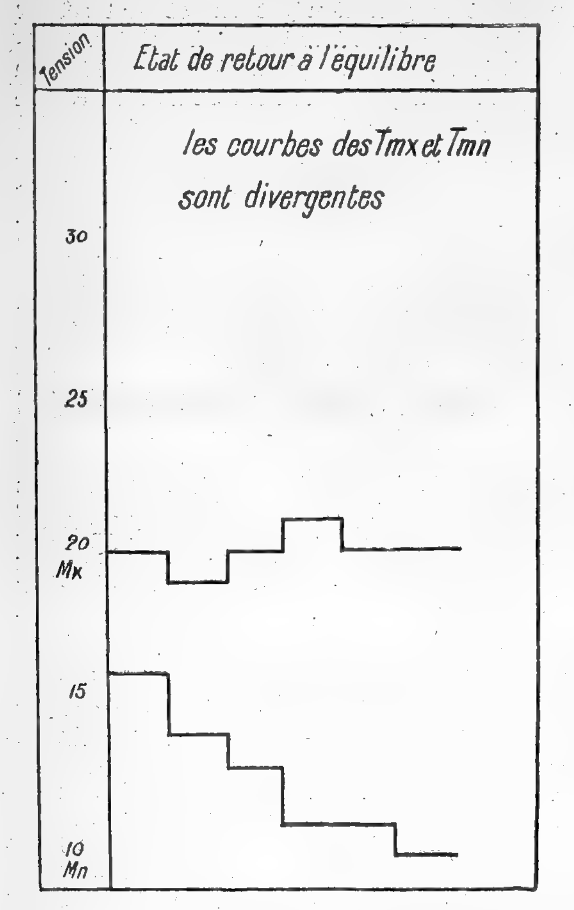
Vals SOURCE LA REINE

L'Eau de la Reine se trouve dans toutes les pharmacies, chez tous les marchands d'Eaux et dans les dépôts de la Cie fermière de Vichy. On peut également s'adresser à M. CHAMPETIER *à* VALS-LA REINE *(Ardèche).*

VALS SOURCE REINE

et dont certaines, telles que l'angor et l'hémorragie cérébrale, sont redoutables, c'est aussi, peut-être, empêcher dans une certaine mesure les scléroses de s'étendre.

Mais la thérapeutique symptomatique, à laquelle on est d'ailleurs si souvent contraint dans la pratique, ne doit être mise en œuvre qu'avec le contrôle de l'oscillomètre.



Grâce à ses indications, le médecin saura se garder des médications à action brutale éphémère, qui provoquent de brusques oscillations de pression, traumatisantes pour la paroi artérielle, et risquent de déclancher secondairement des crises hypertensives par action toxique ou autre. Le médecin s'adressera aux moyens physiques et chimiques dont l'action lente, progressive et prolongée, lui sera démontrée par le manomètre. Il n'aura pas pour objectif d'abaisser les pressions, jusqu'aux chiffres considérés comme normaux, ce qui serait une prétention toujours hardie, souvent irréalisable, parfois dangereuse. Il cherchera à les abaisser et à les maintenir dans les limites où aucun accident, ni artériel ni cardiaque, n'est à redouter. Il suspendra, son action, par exemple, dès que l'abaissement de la Tmx au-dessous d'un certain taux coïncidant avec une élévation de Tmn semblera n'être acquise qu'au détriment de la puissance cardiaque, par action dépressive sur le cœur, par la diminution de PD et qu'apparaîtront des symptômes d'insuffisance cardiaque. Il s'inspirera des règles que nous avons pu formuler pour diriger sa médication hypotensive, et ne jamais la rendre nuisible en compromettant l'équilibre cardio-vasculaire.

Et le jour où le cœur fléchira, où la compensation sera rompue, du fait de l'ancienneté ou de l'aggravation des altérations cardiaques, artérielles ou viscérales, ce sont encore les indications de l'oscillomètre qui lui permettront de vérifier son action thérapeutique et d'établir son pronostic.

Les courbes des tensions tendent-elles à redevenir divergentes, *la tension minima s'abaisse-t-elle*, la pression différentielle augmente-t-elle après administration d'un toni-cardiaque, de la digitale, par exemple, c'est que la digitale agit favorablement sur le myocarde, et que le barrage périphérique s'affaisse. Le pronostic devient favorable.

Cet exemple suffirait pour démontrer combien la sphygmomanométrie permet de préciser le fonctionnement de la circulation sanguine, combien l'oscillomètre de Pachon, en particulier, est susceptible de donner des mensurations suffisamment exactes pour conduire à des inductions cliniques extrêmement utiles, et mérite de prendre place, à côté du thermomètre, parmi les appareils d'exploration clinique.

Petite correspondance de médecine pratique

Varicelle et appendicite.

Je lis dans le *Concours* quelques lignes relatives à deux observations d'appendicite *au début* d'une varicelle confluente. Si vous croyez que cela puisse intéresser nos confrères, je peux vous dire que, l'an passé, mes trois enfants ont eu la varicelle, et que deux d'entre eux ont fait une attaque bien nette d'appendicite, non pas au début, mais *à la fin* de la maladie. Après quelques semaines de guérison apparente, seconde attaque d'appendicite (malgré un régime sévère). L'appendicectomie nous a montré des appendices, mais avec de la *folliculite*. Chez ces enfants aussi, pas de passé abdominal, en sorte qu'il paraît assez légitime d'attribuer la 1re attaque d'appendicite à la varicelle.

Dans le même numéro, le Dr Crouzel attire notre attention sur les effets toxiques du calomel, principalement dans la médecine infantile. Pendant de longues années, j'ai administré le calomel aux enfants comme tout le monde, et comme tous, j'ai eu parfois des ennuis, surtout des vomissements répétés fort ennuyeux et parfois inquiétants.

Persuadé qu'il s'agissait là d'intoxication, j'ai essayé d'administrer des doses moindres et, après quelques tâtonnements, je suis arrivé à prescrire d'une manière uniforme 0 gr. 05 aussi bien à 6 mois qu'à 6 ans. Mes cinq centigrammes ont toujours purgé mes malades, et sur plus de cinquante cas, je n'ai observé qu'une seule fois des vomissements, d'ailleurs bénins et de courte durée. C'est une chose bien facile à essayer et à contrôler (je peux être tombé sur une série heureuse). Mais je dis 0,05 centigr., les doses intermédiaires ne m'ayant donné aucun effet; cinq centig. purgent un enfant de 5 ans; 10, 15 et 20 ne lui font rien du tout en tant que purgatif, mais donnent des vomissements.

L. L.

Un cas de pied bot congénital.

Je viens d'accoucher une femme robuste ayant déjà eu 6 enfants, lesquels sont robustes. Elle-même est une forte gaillarde (une mère Angot) Le mari est un mari solide (je dois avouer que ces gens tiennent une buvette).

Enfin, toujours est-il que ce sont des gens solides, ayant déjà eu 6 enfants robustes et bien constitués.

Le dernier enfant ayant 10 ans, cette femme se retrouve enceinte. Elle a jusqu'ici toujours été accouchée par une sage-femme (laquelle d'ailleurs fit chaque fois une application de forceps ; pourquoi ? ?)

Cette fois, trouvant que ce n'est pas comme les autres fois, elle décide de recourir aux soins d'un médecin.

Donc on m'appelle à minuit. Je trouve, bien que la femme souffrît déjà depuis plusieurs heures, et qu'il y eût rupture de la poche des eaux, un sommet, mais *bien au-dessus du détroit supérieur*. Je puis même sentir le bord du placenta à gauche assez près du col. Mais je remarque que l'enfant n'est pas symétriquement placé : il est complètement à droite de la ligne médiane, en OIPD. Pendant les contractions utérines, je ne sens aucune poussée sur la tête. Elle est butée contre l'os coxal droit.

Le bassin étant bien conformé et le passage étant bien large, je pousse par manœuvre externe avec la main gauche la tête pour la conduire dans l'axe du conduit osseux. J'arrive ainsi à obtenir l'engagement. Dilatation de 5 fr. à ce moment. Je dus attendre jusqu'à 7 h. du matin que la descente finît par se faire. Comme tout allait bien, je n'intervenais pas, mais me tenais prêt, pensant bien que quand, ça marcherait, ça ne serait pas long.

Ce fut ce qui arriva. Tout à coup, bonnes douleurs, et dilatation complète ; descente, accouchement se firent spontanément en 1/4 d'heure.

L'enfant était un garçon superbe, en très bon état, pas du tout étonné mais *présentant un pied bot très accentué (pied droit)*.

L'examinant, je constatai, outre ce pied bot varus, *une atrophie bien manifeste de tout le membre inférieur droit*.

C'est là, pour moi, le point intéressant : quelle est la cause de cette atrophie du membre et de ce pied-bot, sinon la position si particulière que pendant la gestation cet enfant dut subir ? Ceci paraîtra peut-être bizarre à certains. Cependant, je vous assure qu'on eût dit que l'intestin s'était logé à gauche et l'enfant à droite dans ce ventre.

Les suites de cet accouchement sont excellentes. La mère et l'enfant vont bien, je fais mes efforts pour arriver de suite à améliorer le pied bot.

Dr Damey.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Fréquence de la ligne blanche de « Sergent » chez l'enfant. — Traitement de la fissure à l'anus par les cautérisations à la teinture d'iode. — Traitement de la constipation par les graisses minérales. — — La mélubrine comme antipyrétique dans la tuberculose.

Fréquence de la ligne blanche de « Sergent » chez l'enfant.

On sait que Sergent et autres observateurs ont voulu faire du phénomène de la ligne blanche (persistance de la vaso-constriction au niveau de la peau de l'abdomen, frottée avec la pulpe du doigt ou l'ongle donnant une ligne blanche à ce niveau) le signe de l'insuffisance des surrénales.

H. Halipre, ayant systématiquement recherché ce phénomène sur les enfants de son service, expose, dans la *Rev. méd. de Normandie*, les résultats de son enquête qu'il conclut ainsi :

En résumé, le phénomène de la *ligne blanche* se rencontre très souvent chez l'enfant. La ligne blanche est particulièrement intense dans les fièvres éruptives et l'érythème noueux. Elle paraît constante dans la scarlatine aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, quelles que soient la gravité de l'affection et l'intensité des phénomènes généraux. La ligne blanche semble indépendante des symptômes mais d'ordre banal, sans signification pronostique spéciale. Sa fréquence chez l'enfant est peut-être en rapport avec l'intensité de la réflectivité dans le jeune âge.

Traitement de la fissure à l'anus par les cautérisations à la teinture d'iode.

Le Dr Machat (de Tulle) indique, dans la *Prov. méd.*, le procédé suivant pour guérir les

fissures à l'anus, procédé des plus simples et des plus pratiques.

« Le diagnostic de fissure à l'anus bien établi, c'est-à-dire la fissure découverte, je préviens le malade que je vais lui faire une petite cautérisation qui, répétée trois ou quatre fois à trois ou quatre jours d'intervalle, le guérira sûrement.

« Quand j'ai dit au malade qu'il n'éprouvera qu'une cuisson un peu vive de quelques minutes et que, s'il n'essaie pas de ce procédé, il faut se soumettre à une opération, celui-ci n'hésite pas à se laisser soigner.

« Secondé par un aide, je mets bien à découvert la fissure que je nettoie avec un tampon de coton imbibé d'eau bouillie et je cautérise hardiment avec un pinceau imbibé de teinture d'iode. Et c'est tout. Trois ou quatre fois, à trois ou quatre jours d'intervalle, je pratique la même cautérisation.

« Dès le premier jour, il y a une diminution considérable de la douleur et, à la troisième ou quatrième cautérisation, la guérison est obtenue.

« La douleur un peu vive, surtout à la première cautérisation, ne dure que quelques minutes et a toujours été bien supportée ; elle est même si bien supportée que je ne fais plus ce que je faisais au début, d'anesthésie à la cocaïne.

« Tous les malades que j'ai revus sont restés guéris. L'un d'eux, que j'avais guéri il y a quelques années, est revenu, pour une récidive, me redemander le même traitement qui l'a de nouveau guéri en trois fois.

« Enfin, j'ai traité, ces jours-ci, une dame, d'ailleurs très pusillanime, qui, ayant été traitée par la dilatation forcée, il y a quinze ans, était réellement affolée à l'idée de supporter encore cette opération pour une récidive de sa fissure. En trois séances, elle est guérie.

« Je pourrais citer bien des cas intéressants, mais c'est inutile à mon avis.

« Que les médecins qui liront ces lignes essaient mon procédé, simple, bien facile, rapide et sûr.

« Je ne doute pas du résultat qu'ils obtiendront et ils m'aideront à vulgariser un traitement, nouveau triomphe pour la teinture d'iode, appelé à rendre d'utiles services aux malades, en leur évitant les angoisses et les douleurs d'une grosse opération pour une insupportable petite maladie. »

Traitement de la constipation par les graisses minérales

Le *Bull. méd.* publie une très curieuse communication de M. Manquat, à l'Académie des Sciences, sur un nouveau traitement de la constipation dont voici les conclusions :

En résumé, la paraffine liquide et la vaseline officinale sont utilisables à l'intérieur, à la condition absolue d'être chimiquement pures.

La toxicité de ces substances, ingérées à doses thérapeutiques, peut être considérée comme nulle.

Ces hydrocarbures, pris à jeun, ne sont pas absorbés en quantité appréciable ; ils peuvent exercer par suite leurs actions physiques et mécaniques sur toute l'étendue du canal intestinal, contrairement aux huiles végétales ou animales, dont la plus grande partie est digérée et absorbée chemin faisant. Ils produisent ainsi, sur le contenu intestinal, des modifications de consistance qui en facilitent le glissement, la progression et l'expulsion. Ils jouissent en outre d'une action sédative sur le spasme de l'intestin et ralentissent l'absorption intestinale.

Ces propriétés expliquent l'efficacité remarquable des vaselines dans le traitement de la *constipation* dans tous ses modes, mais surtout dans les cas où la constipation est accompagnée d'un degré quelconque d'irritation ou de spasme de l'intestin. Les insuccès, assez rares, tiennent généralement à un mode d'administration défectueux.

Les *hémorrhoïdaires* et les *prostatiques*, les malades atteints d'*entérite muco-membraneuse*, les *hépatiques*, les femmes dont l'utérus est en *rétroversion* bénéficient au plus haut point du remède. Les résultats paraissent devoir être avantageux aussi dans l'*appendicite chronique*, dans la constipation de la *fièvre typhoïde*, après les opérations portant sur l'abdomen et, d'une façon générale, dans tous les cas où l'emploi de l'huile d'olive s'est montrée efficace, notamment dans l'*hyperchlorhydrie* et ses conséquences.

Il est probable que l'introduction en pharmacie de vaselines chimiquement pures, pour l'usage interne, permettra d'en étendre les applications. Des essais ont déjà paru favorables dans diverses maladies infectieuses de l'intestin, contre les vers intestinaux et aussi dans la tuberculose pulmonaire par un mécanisme probablement complexe, non encore définitivement élucidé.

La vaseline liquide paraît enfin devoir devenir un véhicule synergique important de nombreux médicaments.

La Mélubrine comme antiseptique dans la tuberculose

M. O. Hesse expose, dans *Die Therapie der Gegenwart*, les résultats de son expérimentation personnelle de la mélubrine chez les tuberculeux.

La mélubrine est un antithermique bien remarquable, qui agit sur la température à la dose de 0.30 et qu'on peut prescrire sans inconvénient jusqu'à la dose de 10 gr. par jour. L'effet commence à se faire sentir dans la demi-heure qui suit l'administration du médicament, il persiste 6 heures.

L'élimination est rapide. Le seul inconvénient qu'on puisse lui reprocher, c'est de provoquer des sueurs abondantes, ainsi que le font d'ailleurs tous les antipyrétiques chez les tuberculeux. Mais on n'a jamais noté d'accoutumance, ni d'exanthème médicamenteux.

Dans l'état fébrile continue, on administrera par jour 3 doses de 0.50 chacun.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la contusion rénale, ses suites et leurs rapports avec la loi sur les accidents du travail, Dr L. Depons. Thèse de Doctorat, Bordeaux, 1913.

« Un ouvrier, dit l'auteur dans son avant-propos, tombe ou bien reçoit un coup sur la région lombaire. Pendant quelques jours, il présente des symptômes plus ou moins graves de contusion rénale. Puis la guérison survient ; tout semble rentré dans l'ordre, et le blessé peut reprendre son travail sans qu'il lui soit reconnu aucun degré d'incapacité permanente.

Au bout de quelque temps, un, deux, trois ans après, ou même plus tard, cet ouvrier, un peu inquiet à la suite de vagues douleurs dans le flanc, ou encore de maux de tête persistants et d'une légère enflure des jambes, vient trouver son médecin. Et celui-ci, se livrant à un examen détaillé de l'appareil urinaire de son malade, constate, soit la présence d'une hydronéphrose, soit les signes d'une néphrite, soit même l'absence complète de sécrétion d'un rein.

Quelle relation y a-t-il entre l'état actuel de cet impotent et son traumatisme antérieur ?

Quels moyens aura-t-il de faire reconnaître et indemniser par son patron son infirmité présente, s'il est prouvé que celle-ci provient bien de l'ancien accident ?

Voilà autant de points importants à résoudre et à l'étude desquels nous nous sommes attaché dans cette thèse, dont les conclusions sont ainsi formulées :

° Que la gravité réelle des traumatismes rénaux ne se mesure pas à l'importance des symptômes immédiats, ceux-ci présentant d'ordinaire une assez grande bénignité ;

2° Que le pronostic des déchirures du rein est assombri par la possibilité de complications ultérieures, celles-ci ayant parfois, au début, une évolution silencieuse et demandant à être systématiquement recherchée avant que ne s'écoule le délai de trois ans imparti pour la révision ;

° Que le degré exact d'incapacité de l'ouvrier ne pourra être établi que par un examen détaillé de son appareil rénal portant, non seulement sur les signes cliniques, mais encore et surtout sur l'étude globale de sa dépuration urinaire et sur la recherche séparée du fonctionnement de chaque rein ;

4° Qu'en pathologie rénale comme en beaucoup d'autres cas, et notamment en pathologie nerveuse, le délai de trois ans que la loi accorde à l'ouvrier pour faire indemniser une aggravation survenue dans son état, est notablement insuffisant, et qu'il serait désirable, ou bien de le voir allonger, ou, mieux, de n'accorder à l'accidenté que des rentes révisables de droit chaque année, comme cela se pratique en Allemagne.

Formulaire des médications nouvelles et des traitements nouveaux pour 1914, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, 9e édition, 1 vol. in-18 de 324 pages, avec figures, cartonné : 3 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

« La thérapeutique est assez riche en médicaments, elle est trop pauvre en médications. »

Vivant à l'ombre des doctrines régnantes, comme elles, les médications se modifient, se transforment, se complètent incessamment, de sorte que le praticien a besoin d'avoir, non seulement dans sa bibliothèque, mais sur sa table de travail, toujours à portée de sa main, à côté d'un formulaire des médicaments nouveaux, un formulaire des médications nouvelles.

Rapidement et clairement, en 324 pages au plus, il fallait nous apprendre tout ce qu'il faut savoir au point de vue pratique sur les médications anti-cancéreuses, anti-infectieuses, antinévralgiques et anti-rhumatismales, anti-syphilitiques et anti-tuberculeuses, sur les médications colloïdales, déchlorurantes, hypotensives, rachidiennes, recalcifiantes, sur la bactériothérapie intestinale, l'ionothérapie, sur les diverses opothérapies, la photothérapie, la sérothérapie, les sérums antidiphtérique, antipneumonique et antistreptococcique, antituberculeux avec les diverses tuberculines, les sérums artificiels et les nouvelles médications contre la syphilis, l'hectine et le « 606 », etc.

Ce livre indispensable, si désiré, si attendu, le voilà ! Il obéit à cette idée maîtresse qui doit régir tous nos travaux, toutes nos actions, et qui peut se résumer dans cette phrase : « De la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique. »

C'est là le seul secret du succès de toutes les œuvres qui s'inspirent de la même pensée, savent allier la brièveté à la clarté : c'est le secret du succès considérable du frère aîné de ce livre, du *Formulaire des médicaments nouveaux* de Bocquillon, arrivé à sa 26e édition ! Tel sera celui du Dr Gillet sur les médications nouvelles que tous les praticiens liront avec intérêt et profit pour eux, pour leurs malades.

CORRESPONDANCE

I. Les docteurs de la Faculté de Beyrouth.
II. L'admission des étrangers dans les Syndicats.

Je viens de lire, dans le numéro du 15 mars du *Concours médical*, dont je suis un fidèle lecteur, votre propos du jour consacré à la faculté de Beyrouth, et qui m'a intéressé tout particulièrement comme ancien élève de cette Faculté, exerçant en France depuis 5 ans.

Et à ce titre, veuillez me permettre de faire à ce sujet quelques observations.

Le gouvernement français s'est décidé à assimiler au diplôme d'Etat français le diplôme de la Faculté de Beyrouth, parce que cette formalité était indispensable pour que ce diplôme soit reconnu par le gouvernement ottoman et les pays avoisinants dont les nationaux fréquentent la Faculté française à Beyrouth.

Il n'y a, je crois, rien que de très naturel et très juste à cette consécration officielle de l'enseignement français, fait par des maîtres français dans une Faculté française de médecine, à l'étranger.

Il est délivré aux élèves de Beyrouth un diplôme français et un diplôme ottoman, quand ces élèves ont subi avec succès les 5 examens de doctorat. Ces examens sont passés en 3 fois à un an d'intervalle, devant un jury mixte franco-ottoman (3 professeurs de Constantinople, 3 professeurs ou agrégés de France, 3 professeurs de Beyrouth pour chaque jury), dont la présidence revient toujours à un professeur français. Je ne crois pas qu'il y ait eu une seule exception à cette règle jusqu'à présent et il n'y en aura probablement jamais.

Au sujet du service militaire, le médecin étranger, qui s'installe en France, tout en gardant sa nationalité, se trouve dans la même situation que le médecin français qui s'installe à l'étranger. Chacun d'eux a ses charges personnelles à remplir envers son pays.

Je suis venu en France après avoir terminé mes études à Beyrouth, et exercé 2 ans, pour compléter mon bagage scientifique par la fréquentation des hôpitaux de Paris.

Le hasard a fait que je me suis installé, ensuite, dans un coin de votre beau pays, au lieu de retourner dans le mien, pour lequel, croyez-moi, j'étais loin d'être « indésirable », et depuis 5 ans, sans être un « parasite dépourvu de scrupule, exploitant à l'abri des lois la trop naïve générosité des Français », pour employer votre expression, je m'efforce tout simplement d'exercer, de mon mieux, le dur métier de praticien de campagne, en observant les lois de l'hospitalité et de la bonne confraternité.

Il y a comme cela une *demi-douzaine* d'anciens élèves de Beyrouth en France, sur les 300-400 élèves

de cette Faculté établis en Orient ou ailleurs. Et ce n'est pas les quelques dizaines de mille francs qui composent péniblement leur budget qui font grand tort aux 20.000 médecins français... et à la France.

Mettez en regard l'immense expansion donnée à l'influence française en Orient par les centaines de médecins élèves de Beyrouth qui y exercent, et la clientèle que procurent ces médecins, aux médecins, aux maîtres, aux spécialistes français, aux éditeurs, à l'industrie thermale, aux fabricants de produits pharmaceutiques et d'instruments de chirurgie.

Et vous reconnaîtrez qu'on peut bien avoir la générosité de fermer les yeux et de ne pas pousser des cris d'alarme, si par exception un ancien élève de Beyrouth se décidait à planter sa tente sur la terre de France.

Nous sommes, je le répète, une demi-douzaine, et la faculté de Beyrouth existe depuis 30 ans.

On mène grand bruit, depuis quelque temps, contre les médecins étrangers en France ; on semble ignorer que la France est à l'heure actuelle un des pays les plus fermés aux médecins étrangers, peut-être le plus fermé. Il n'y a qu'à consulter à ce sujet, l'article du Dr Ch. Darras, dans le n° 45 de la *Gazette des Hôpitaux* (1913), article reproduit d'ailleurs par le *Concours médical*, on y verra que dans presque tous les pays du monde, sauf 2 ou 3, la naturalisation n'est pas exigée des étrangers pour y exercer la médecine.

Dans tous ces pays, *tout médecin français*, ayant fait ses études en *France*, peut, sans changer de nationalité, arriver à exercer après avoir accompli certaines formalités plus ou moins compliquées ou subi certains examens.

La réciproque est loin d'être vraie, et pour exercer en France, non seulement aucun diplôme étranger n'est valable, mais il faut, après y avoir fait toutes ses études médicales, se faire naturaliser (1). J'estime donc qu'on ne peut pousser plus loin le protectionnisme.

Je ne sais pas combien il y a en France de médecins étrangers. Je ne sais pas non plus combien il y a à l'étranger de médecins français

J'en connais, pour ma part, quelques-uns qui font des affaires d'or ; le budget de chacun d'eux pourrait suffire à dix médecins praticiens en France. En tout cas, tout médecin français peut, s'il le veut, arriver à exercer dans la plupart des pays étrangers. Dans plusieurs pays, il y a pénurie de médecins, mais dans la plupart des pays civilisés, la pléthore médicale se fait sentir, tout comme en France. Et en laissant de côté le point de vue sentimental et en ne considérant que le côté pratique, on peut admettre que si les mesures prises en France contre les médecins étrangers étaient adoptées par tous les autres pays, il y aurait certainement compensation

A mon humble avis, on devrait se baser sur le prin-

(1) Mais c'est une erreur. C'est ce que nous demandons, mais ce n'est pas ce qui existe. J. N.

cipe de réciprocité en ce qui concerne l'exercice de la médecine par des médecins étrangers. On devrait accorder l'autorisation d'exercer la médecine en France, aux nationaux des pays où tout *médecin français* peut, moyennant quelques formalités et sans changer de nationalité exercer, sa profession.

Bien entendu, ces médecins étrangers devraient subir tous les examens voulus, accomplir les formalités nécessaires, et payer en plus une taxe supplémentaire plus ou moins élevée.

Mais on ne devrait pas exiger la naturalisation, sauf pour les postes publics et officiels. Et c'est ainsi que les choses se passent dans la plupart des pays, presque tous.

Que ceux qui veulent changer de nationalité le fassent pour l'honneur d'être français et non par intérêt. De la sorte chacun aurait envers sa patrie les mêmes obligations et le cas du médecin étranger exerçant en France serait celui du médecin français exerçant à l'étranger.

Arrêtons là ces considérations, — que vous jugerez probablement fantaisistes — car elles nous entraîneraient loin de notre sujet primitif.

Et pour conclure, je dirai comme vous, « la France qui a hérité de Rome et de la Grèce (dont je suis un modeste sujet) se doit à sa réputation d'éducatrice du monde ». Laissez-moi ajouter « et à sa réputation de terre hospitalière » pour ceux qui veulent y gagner honnêtement leur vie.

Qu'on interdise, par des mesures appropriées, le séjour en France des bohémiens, des criminels, et des indésirables de toutes catégories, des aigrefins internationaux de la finance, qui eux « dépourvus de tout scrupule, exploitent à l'abri des lois, le bas de laine français », etc., etc.

Mais de grâce, mes chers confrères, un peu moins de « répugnance », et un peu plus de générosité confraternelle, envers les « quelques centaines de médecins étrangers et la demi-douzaine de médecins de Beyrouth, en particulier, qui cherchent à gagner honnêtement leur vie, *à condition qu'ils se conforment aux lois sacrées de l'hospitalité et de la bonne confraternité.*

Au lieu de récriminer et de s'exagérer les dangers de la concurrence étrangère, ne vaut-il pas mieux s'entendre, se liguer très étroitement, sans distinction de race, — la médecine n'a-t-elle pas l'honneur d'abolir les frontières — pour la défense des intérêts confraternels communs ?

Dr A. Glyptis.

P. S.— Quel est votre avis et celui du *Concours*, sur l'admission des médecins étrangers dans les syndicats ?

Réponse.

Nous le répétons, nous ne sommes pas xénophobes, mais, si nous voulons bien laisser aux étrangers qui viennent chez nous la jouissance de tous nos droits, nous ne saurions sans protester

les laisser jouir d'un régime de faveur, surtout dans une profession aussi encombrée que la nôtre et avec les charges nouvelles que crée pour les jeunes médecins la loi de trois ans.

Nous ne discutons pas la valeur du doctorat de Beyrouth, mais nous constatons qu'on peut être admis à cette Faculté sans baccalauréat, que les étudiants y sont dispensés de la thèse, qu'une fois reçus docteurs, ils jouissent à la fois du droit d'exercer dans l'Empire ottoman et sur le territoire de la République française, droit que ne possèdent pas les docteurs en médecine français, qu'enfin le docteur de Beyrouth, qui vient en France, se trouve favorisé, pouvant, lui, protégé français, s'installer trois ans avant le docteur en médecine citoyen français. Nous prétendons que ce n'est pas en attirant des docteurs de Beyrouth en France, où malheureusement pour le corps médical français, nous n'en avons nul besoin, le nombre des docteurs français augmentant sans cesse, nous prétendons que ce n'est pas en les attirant en France qu'on répand en Orient l'influence française.

Notre confrère, le Dr Glyptis, affirme que la France est au point de vue médical le pays le plus protectionniste ! Quelle erreur ! Il cite à l'appui le travail si documenté du Dr Darras que nous avons publié dans ces colonnes.

Qu'il veuille bien le relire avec soin et il verra comme tous les pays civilisés, y compris les Républiques sud-américaines, ferment soigneusement la porte aux médecins étrangers. La réciprocité n'existe même pas, et quand, il y a quelque quinze ou vingt ans, en France, une tolérance existait, nous avons vu refuser à l'étranger cette tolérance à nos confrères, et de ceci nous en avons eu la preuve, étant alors secrétaire de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Notre confrère termine en nous demandant notre avis et celui du *Concours* sur l'admission des médecins étrangers dans les syndicats ?

Il nous est très facile de répondre, puisque c'est grâce à notre initiative personnelle que l'on a supprimé, dans les statuts du Syndicat des médecins de la Seine, l'article interdisant l'admission des étrangers.

Les syndicats médicaux doivent ouvrir leurs portes aux étrangers ayant le droit d'exercer en France ; car lorsqu'une personne a pénétré dans notre famille, fût-ce un peu contre notre gré, nous croyons que notre devoir et notre intérêt sont de la considérer comme tous nos autres parents. Mais, malgré notre désir d'égalité en matière syndicaliste, la loi de 1884 interdit aux étrangers faisant partie d'un syndicat de faire partie du Conseil d'administration.

Croyez, mon cher confrère, que nous ne regrettons pas de vous compter parmi nous, mais ici nous sommes tenus parfois de défendre des

principes, et les exceptions, qui souvent sont admissibles, deviennent parfois de détestables règles.

J. NOIR.

Contrat médico-mutualiste.

Faisant partie du « Sou médical » depuis la fondation, et connaissant votre obligeance pour tout ce qui concerne les intérêts de la profession médicale, je viens vous prier de me donner quelques indications au sujet de nouveaux tarifs que mes deux confrères et moi qui habitons une localité de 3.000 habitants, voulons appliquer aux Sociétés de Secours mutuels qui se sont multipliées soit dans la localité, soit aux environs.

Jusqu'à ce jour, les Sociétés locales eu égard à un vieux médecin aujourd'hui décédé, ont été soignées à forfait. Forfait très insuffisant, comprenant tous les soins médicaux, chirurgicaux, visites de nuit, visites pour sociétaires éloignés de 2 à 8 kilomètres.

Cette situation onéreuse pour nous ne peut se continuer, et nous sommes résolus à établir d'autres prix.

Nous avons adopté pour la visite ordinaire des non-sociétaires le prix de 3 francs minimum et de 5 francs maximum, suivant le tarif de notre syndicat (syndicat de la vallée du Rhône) ; plus un tarif spécial pour interventions plus importantes.

Quel mode de paiement nous conseillez-vous pour les sociétaires ?

Trois combinaisons se présentent que nous avons envisagées :

1° Celle adoptée par les médecins de St-Etienne : Pour éviter l'abus des visites, chaque sociétaire verse à la Société pour chaque demande de bon de visite la somme de 0,50 centimes en plus de sa cotisation annuelle. De cette façon, plus le malade a besoin de visites, plus il verse à la Société. Celle-ci lui rembourse sur la signature du médecin, le prix de la visite payée par lui à chaque consultation au tarif commun. Soit 3 francs, ou 5 francs suivant le prix du médecin consulté.

2e Combinaison. Augmentation du prix forfaitaire actuel, qui est de 80 francs par société et par médecin pour une année (il y a 3 sociétés).

Les interventions seraient comptées d'après un tarif spécial et en dehors de ce forfait dont on demanderait l'augmentation.

Les distances kilométriques seraient payées par les sociétaires éloignés, à raison de 1 franc le kilomètre du centre de la localité.

3e Combinaison. — Faire payer à la visite, les consultations 2 francs ; les visites à domicile : 2 fr. 50. Les interventions opératoires suivant tarif spécial, ainsi que les visites de nuit (5 à 8 frs.) Distances kilométriques, 1 fr. par kilomètre parcouru.

En cas de résistance ou de non-entente définitive, quelle conduite adopter ? Le refus des soins médicaux ?

Peut-on craindre que ces Sociétés fassent venir un 4e médecin, et le moyen d'éviter cette aventure ?

Je vous serais très reconnaissant, de vouloir bien me répondre au plus tôt en me donnant l'avis que vous jugerez le plus convenable, ou le mode généralement adopté Dr C.

Réponse

Relisez le *Concours* de 1912, p. 1058 et 1150. Vous y trouverez la question discutée sous toutes ses formes.

Mais, nous sommes allés au Congrès de Montpellier discuter et soutenir la thèse suivante . une Mutualité autonome doit s'entendre avec un syndicat médical, qui est également autonome, ou avec les médecins d'une localité. Là, les deux parties discuteront sur un pied d'égalité, pour savoir quelle situation adopter.

1er mode : les médecins ignoreront la mutualité ; ils soigneront les mutualistes comme des clients ordinaires et ceux-ci se feront rembourser, par leur société, comme ils l'entendront, aux termes de leurs statuts. Ce système est employé dans quelques localités, et médecins et mutualistes s'en montrent enchantés.

2e mode : le corps médical peut accepter d'être payé, par la mutualité, au moyen de bons de visites et de consultations que le mutualiste achètera à sa mutualité. C'est le système lyonnais.

Ce système est développé dans le *Concours* de 1912 aux pages que je vous ai indiquées plus haut. C'est, croyons-nous, le meilleur système à employer, lorsque les médecins locaux croient qu'il est de leur intérêt de contracter avec la mutualité.

Mais, n'acceptez jamais de forfait, quelque avantageux qu'il puisse vous paraître à première vue : vous serez toujours roulés, car nous autres médecins, nous sommes trop honnêtes, pour deviner et même soupçonner les roublardises des contrats que l'on nous fait signer.

En cas de résistance, soignez les malades qui se présenteront chez vous, ou qui vous feront appeler, mais ne leur signez aucun papier portant l'en-tête de la société. Délivrez-leur des certificats, ou des attestations sur votre papier personnel, mais non sur celui de la société, car vous pourriez, sans cette précaution, être considérés comme ayant accepté les statuts de la société, puisque vous auriez délivré les certificats et attestations dans les formes prescrites par le règlement de la Société mutuelle. Quant aux honoraires, faites-vous payer, comptant, ou non, *par le client lui-même*, en lui délivrant un reçu, s'il vous le réclame, pour qu'il puisse toucher un tantième de la société.

Ne redoutez pas la venue d'un renard. Appuyez-vous sur votre syndicat, pour faire mettre à l'index, d'une manière rigoureuse, le confrère assez peu scrupuleux pour venir entraver votre action.

Nous sommes à votre disposition pour des renseignements plus précis, mais il nous faudrait alors connaître le texte exact des propositions qui vous sont faites.

PARTIE PROFESSIONNELLE

LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Correspondance.

Mon cher trésorier,

Je dois vous remercier tout d'abord des explications si franches et si claires que vous donnez aux membres de la Mutualité Familiale inscrits aux combinaisons *Retraites*. Il y a parmi eux, depuis quelques semaines, un malaise véritable, et vous avez grandement raison de vouloir le dissiper complètement.

Je doute qu'il en subsiste quelque trace après votre *Réponse nécessaire* de la semaine dernière.

Vous comprendrez qu'après l'accident épouvantable qui m'est survenu en 1913 et qui me laisse une infirmité ne me permettant plus d'exercer normalement la médecine, j'ai eu besoin d'être rassuré et de vous entendre m'affirmer qu'après l'indemnité des chroniques qui, hélas ! m'est assurée jusqu'à 65 ans, j'aurai à cet âge, pour la remplacer, la pension de 1.200 francs (dix parts de la combinaison R).

Mais je voudrais encore vous poser deux questions :

1° Quelles garanties la Caisse nationale des retraites donnera-t-elle au sociétaire ?

2° Quel sera le rôle de la Mutualité familiale lorsque le service des retraites aura été transféré à la Caisse nationale des retraites ?

Veuillez agréer...

Dr Moliné̈ry,
de Barèges.

Réponse.

Si, comme nous nous préoccupons de le faire, le service des retraites est transféré des caisses privées des combinaisons P et R à la Caisse nationale des retraites, ainsi que l'autorise l'article 28 de nos statuts, ce service se fera par *livret individuel* avec, suivant le cas, capital réservé ou aliéné ; et, le jour où le sociétaire aura droit à la pension, il recevra de la Caisse des dépôts et consignations, qui gère la Caisse nationale des retraites, un titre sur le vu duquel, muni d'un certificat de vie, il touchera sa pension chez le percepteur.

C'est donc la garantie de l'Etat français qui sera substituée à celle de la Mutualité familiale, et je ne sache pas qu'il soit possible de donner une garantie plus grande, car, si l'Etat ne pouvait tenir ses engagements, on peut se demander ce qui resterait des fortunes privées.

Voilà la réponse à votre première question.

Le sociétaire, cotisant avec livret individuel, sera libre évidemment, lorsque sa situation antérieure aura été réglée à la Caisse nationale des retraites, de faire directement ses versements à cette caisse, mais il pourra aussi continuer à verser à la Mutualité familiale qui, dans ce cas, servira de trait d'union entre la Caisse et lui — et c'est ici que je réponds à votre seconde question.

A la Caisse nationale, les choses se font administrativement ; il faut verser aux échéances fixes sous peine de dommage.... ; à la Mutualité Familiale la confraternité subsistera : on évitera toutes les démarches au sociétaire et on fera en sorte qu'il n'ait pas trop à pâtir d'un retard involontaire, d'un oubli ou de telle autre cause qui, je le sais par expérience, n'est pas absolument improbable.

Vous le voyez, le nouveau régime assurera au sociétaire le maximum de garantie qu'il puisse souhaiter, le maximum de bons offices confraternels qu'il peut attendre d'une œuvre tout amicale comme la Mutualité Familiale.

A. Gassot.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les mutualistes et le Corps médical.

Notre rédacteur en chef apprécie comme il convient, dans son Propos du jour, les ridicules rotomontades parues dans l'*Avenir de la Mutualité* du 21 mars 1914, sous le titre sensationnel et tout à fait parlementaire (!) de : *Une prétention absurde de certains Syndicats médicaux.*

Il faut que les médecins sachent de façon précise comment les Mutualistes prétend les combattre, et avec quels pitoyables arguments ils entendent défendre une mauvaise cause.

Voilà pourquoi nous publions *in extenso* cet article, infiniment plus absurde, plus inconsistant que les prétentions syndicales qu'il dénonce. Mutualistes, votre fureur vous égare ; vous allez trop loin. Vous dépassez le but, et vous manquez la chose, comme dit la vieille chanson.

Mais c'est tout de même égal. Vous ne manquez pas de .. culot ! !

Que nos lecteurs en jugent plutôt.

Une prétention absurde de certains syndicats médicaux.

On ne peut que féliciter M. Métin d'avoir, sous une forme habile et conciliante, dénoncé la gravité du péril auquel l'intransigeance du corps médical expose notre législation sociale. C'est la première fois qu'un ministre de la Prévoyance sociale généralise ainsi la question et, par le seul fait qu'il nomme une Commission en vue d'amener la collaboration des médecins à la mise en œuvre des lois sociales, proclame que cette collaboration est aujourd'hui refusée par eux ou accordée de mauvaise grâce.

Il n'est que trop vrai que le mal est général, et il a pour cause unique — je l'ai déjà écrit dans ce journal — cette mauvaise fièvre syndicale, dont le législateur, en 1892, a eu l'imprudence d'inoculer le virus au corps médical.

Que de bonnes raisons on aurait pu, on aurait dû opposer, à cette époque, à la thèse soutenue devant le Sénat par le professeur Cornil ! Pourquoi étendre aux médecins le bénéfice de la loi de 1884 sur les Syndicats professionnels, alors qu'ils n'avaient à défendre aucun intérêt commercial, industriel, ni agricole ; alors qu'exerçant une profession libérale qui les met, sans intermédiaire, sans employeur, ni employé, en face de leur clientèle, ils ne pouvaient avoir besoin d'une organisation destinée à régulariser l'action de ces forces antagonistes qu'on appelle les patrons et les ouvriers, les producteurs de matières premières et les industries de transformation, les commerçants en gros et les détaillants, etc., etc. ?

La puissance syndicale des médecins ne pouvait s'exercer *que contre leur clientèle.*

Cela aurait dû faire réfléchir le législateur et il aurait dû répondre aux médecins : « L'article 419 du Code pénal (non abrogé par la loi de 1884) punit la réunion ou la coalition entre les *principaux détenteurs d'une même marchandise ou denrée, tendant à ne pas la vendre ou à ne la vendre qu'à un certain prix.*

L'article 420 du même Code punit cette coalition de peines *plus sévères* lorsqu'il s'agit de coalition entre détenteurs de certaines denrées *de première nécessité.* Et vous me demandez, vous qui, grâce à un diplôme, êtes investis d'un monopole vous qui êtes *les détenteurs uniques de cette denrée nécessaire entre toutes et qu'on appelle la santé,* le droit de former *impunément* et *en vous y obligeant les uns les autres* de telles coalitions ! »

Et le législateur aurait dû non seulement refuser aux médecins le droit de se syndiquer, mais encore il aurait dû punir de peines plus graves encore que celles de l'article 420 le crime de médecins qui *s'entendent pour laisser des malades sans soins,* crime plus odieux peut-être que celui des affameurs et des accapareurs que la colère du peuple a parfois châtiés de façon si terrible.

***

Certes, il ne viendra à la pensée de personne d'interdire aux médecins d'être unis, de s'entendre comme ils l'ont fait depuis un temps immémorial, pour défendre leur réputation, maintenir leurs traditions et leurs usages, empêcher toute concurrence déloyale et de fortifier la fraternité qui les unit et les discipline, par des Associations, aujourd'hui permises, sans conditions, par la loi du 1er juillet 1901, et, auparavant, très largement autorisées.

Que ces Associations aient une influence sur les tarifs d'honoraires de tel ou tel médecin et sur son attitude envers la clientèle, ce n'est pas douteux. Mais, en ce cas, le médecin membre d'une Association suivra l'exemple des meilleurs, de ceux qui ont la plus grande autorité morale.

Dans le Syndicat, il en va autrement : tout médecin syndiqué subit nécessairement, quelles que soient sa valeur et sa générosité personnelles, la loi tyrannique de la majorité de ses confrères, majorité souvent conduite par des meneurs turbulents et passionnés, il aliène sa *liberté professionnelle* et s'expose à des dommages-intérêts s'il ne conforme pas sa conduite aux règles édictées par le Syndicat.

On se demande comment certains médecins, qui ont une conscience raffinée de leurs devoirs professionnels et de leurs devoirs moraux, ont pu accepter, en adhérant à un Syndicat, où leurs conseils ne sont guère écoutés, cette humiliation suprême : *ne pouvoir plus faire le bien,* lorsque le Syndicat le défend.

***

Je n'exagère point et je vais citer des faits qui ne peuvent être démentis, car leurs auteurs en ont tiré gloire dans des Congrès médicaux et dans des organes de la presse médicale.

Je laisse de côté les grèves de médecins, refusant de soigner des mutualistes, obligeant tous les médecins syndiqués à rompre les traités conclus avec des Sociétés de secours mutuels. Ce sont là des faits quotidiens, au sujet desquels les médecins peuvent prétendre qu'ils usent de procédés de bonne guerre. Je veux croire, pour l'honneur du corps médical, qu'au cours de ces conflits, hélas ! trop fréquents et parfois trop prolongés, les médecins violent la consigne syndicale et soignent *quand même* les malades en danger de mort. Mais les autres ? Qui saura jamais le nombre des maladies devenues graves faute

de soins immédiats, dont les Syndicats médicaux ont ainsi assumé la lourde responsabilité ?

Mais, là encore, l'attitude des Syndicats médicaux, si elle est parfois inhumaine, est, du moins, logique.

***

Comment qualifier, au contraire, et comment expliquer la prétention insensée par laquelle les Syndicats médicaux de deux arrondissements du département de la Gironde, — je précise — ont privé presque complètement, depuis deux ans, la population laborieuse de ces deux arrondissements des bienfaits de la loi Ribot ?

On sait que les prêts hypothécaires individuels consentis, à l'aide de fonds fournis par l'Etat, par les Sociétés de crédit immobilier sont accompagnés obligatoirement d'une assurance temporaire contractée à la Caisse nationale d'assurance en cas de décès, et que le seul mode pratique pour contracter cette assurance comporte un examen médical préalable.

Partout où fonctionnent des Sociétés de crédit immobilier, la Direction générale de la Caisse des dépôts et consignations a confié cet examen à des médecins-visiteurs choisis par elle, après entente avec le préfet du département.

Ces médecins visiteurs ne sont liés à la Caisse nationale que par un lien contractuel, comme ils pourraient l'être envers une entreprise quelconque d'assurance sur la vie. (Ils ne sont point *des fonctionnaires nommés par le préfet et assermentés* comme les médecins visiteurs prévus par la loi du 12 avril 1906 et par l'article 17 du règlement d'administration publique du 10 janvier 1907.)

Ce rôle de médecin-visiteur exige un examen minutieux, suivi de la rédaction d'un rapport. Le tout se traduit, pour le tutélaire, par un *bien faible émolument*, et c'est surtout par le *sentiment d'avoir accompli son devoir social* en collaborant à l'application d'une loi bienfaisante et vraiment démocratique que le médecin *est récompensé de sa peine.*

Dans les deux arrondissements dont j'ai parlé, les Syndicats médicaux ont commencé par manifester des exigences excessives au sujet du coût de cet examen, oubliant, sans doute, qu'il est à la charge de l'emprunteur. Puis, ils ont invoqué, pour motiver leur refus, un autre argument vraiment bien singulier : *le libre choix.*

Le libre choix ! la Caisse nationale entend bien appliquer ce principe, mais pour son propre compte, car c'est à l'intéressé que le libre choix doit appartenir ; et l'intéressé, dans l'espèce, c'est elle, l'*assureur*, qui se préoccupe de faire contrôler par le médecin, *en qui elle a confiance, l'état de santé du proposant.*

« Non, répondent les médecins syndiqués, le libre choix doit appartenir au proposant, car nous sommes tous capables de faire cet examen et de rédiger un rapport, et la Caisse nationale, organisme fonctionnant sous la garantie de l'Etat, doit nous accepter tous, sans manifester de préférences. »

La Caisse nationale, qui sait, par expérience, que les médecins-visiteurs qu'elle a choisis n'ont pas tous la même activité, la même exactitude, ni la même sûreté de diagnostic, se méfie, à plus forte raison, des médecins-visiteurs improvisés, qu'on voudrait lui imposer. Elle réplique que « la confiance ne se commande pas ». C'est le gros argument des médecins en faveur du libre choix. Et il est tellement juste, tellement convaincant, qu'on se demande comment les médecins en question peuvent persister dans leur sophisme syndical.

Et ils persistent cependant, et depuis tantôt deux ans, les médecins syndiqués de ces deux arrondissements ont mis *hors la loi*, au point de vue de la petite propriété, une fraction importante de la population de notre pays, obligeant un de leurs confrères, qui avait accepté le titre de médecin-visiteur, à s'en démettre « par ordre » !

***

Je signale ces faits à M. Métin. Puisse-t-il, par l'organe de la Commission qu'il a nommée, déterminer le corps médical à mieux comprendre son rôle et à ne pas paralyser l'application des meilleures lois sociales par de tels actes d'obstruction — j'allais dire de sabotage.

Emile CAYREL.

« Habemus confitentem reum. »

L'*Avenir de la Mutualité* est en train de poursuivre une série d'enquêtes par département sur les rapports entre les médecins et les mutualistes. Nous y trouvons des choses intéressantes, et, d'une façon générale, ces articles concluent dans le sens des déclarations que nous avons faites dans nos journaux et au Congrès de Montpellier. Mais, en dehors de ces données générales, on y trouve parfois des déclarations intéressantes. C'est ainsi que M. Binet, président de l'Association départementale des Unions des Sociétés de secours mutuels et de retraites de Seine-et-Oise, nous apprend ceci : la Société du Raincy paye deux francs la visite et la consultation, et paye à ce tarif les accidents non garantis par un tiers responsable. *Ce tarif ne satisfait pas le Syndicat médical de la région, et s'il se maintient, c'est grâce à la division des médecins eux-mêmes.* Ainsi donc, chers confrères, retenez cet aveu : c'est la division du corps médical qui permet l'oppression des médecins et l'imposition de tarifs incompatibles avec les difficultés présentes de l'existence. Cette phrase devrait être écrite

dans tous les lieux de réunion des médecins ; c'est le *delenda Carthago* du peuple romain. Ceci nous prouve qu'il n'y a rien de nouveau et que la devise : « Diviser pour régner », est aussi vraie en mutualité qu'en politique.

Ce qui cause notre ruine, c'est la jalousie du prochain. Souvent un confrère se livrera à des pratiques anti-déontologiques, non dans un but d'intérêt, mais simplement pour faire une farce à son voisin. Aussi voyons-nous souvent dans beaucoup d'endroits les médecins se regarder comme des chiens de faïence, ne se saluant pas, se considérant comme des ennemis. Quelquefois, le dépit, la jalousie, leur font proférer des appréciations regrettables sur le compte de leurs confrères. Ces propos sont répétés par les clients et agrémentés, je dirais presque vinaigrés, car ceux-ci ont tout intérêt à amener la division parmi nous, et pour ainsi dire, à pêcher en eau trouble. Que n'y a-t-il dans chaque région un Boudin ou un Bolliet, et la misère médicale verrait rapidement sa fin !

Vous êtes exploités par une Mutualité, à cause de votre division. Cet état cessera le jour où vous voudrez être unis. Mais, que faire pour cela ? La sourde inimitié des confrères rivaux et concurrents ne leur permet pas de se rencontrer. Souvent, laissant de côté leurs sentiments personnels, ils se réuniraient sur le terrain de la défense professionnelle, mais, question d'amour-propre, personne ne veut faire le premier pas. Il faudrait qu'un confrère étranger à la région puisse visiter tous les médecins qui ont à souffrir dans un centre quelconque, de l'oppression mutualiste. Si ce confrère avait une certaine autorité, s'il était connu par son désintéressement, par son zèle à la défense professionnelle, il trouverait chez chacun des confrères le meilleur accueil. Il pourrait voir chaque médecin, isolément, lui expliquer le but à poursuivre, lui en indiquer les moyens, et tâcher d'obtenir de chacun sa démission de médecin de telle ou telle Mutualité, en prenant l'engagement de n'envoyer cette démission que lorsqu'il serait arrivé à réunir les démissions de tous les confrères qu'il se proposait de voir, et non sans avoir pris une dernière fois leur avis. En même temps qu'il demanderait au confrère sa démission, il lui ferait signer un engagement sur papier timbré avec dédit et amende, par lequel il s'engagerait à ne pas accepter le service médical de telle ou telle société, si ce n'est dans telles et telles conditions, et d'accord avec tous les autres. Ces engagements seraient pris par un médecin vis-à-vis des autres confrères de la région, et il y en aurait autant d'exemplaires qu'il y aurait de parties prenant part au contrat. Ces engagements pourraient rester entre les mains du confrère ayant la confiance de ses camarades, ou bien du président du syndicat du département, ou bien du président de l'Union des syndicats médicaux de France. Lorsque le confrère, apôtre de la défense professionnelle, serait arrivé à réunir d'une part toutes les démissions, d'autre part tous les engagements, il provoquerait une réunion générale des médecins locaux, leur prouverait qu'il n'existe entre eux que des malentendus regrettables, et qu'au fond ils s'estiment et ne demandent qu'à s'estimer davantage en se connaissant mieux. Alors, toutes les démissions seraient envoyées en bloc aux Sociétés, et les médecins pourraient ainsi lutter avec avantage contre l'oppression croissante des collectivités mutualistes. Si quelques difficultés par la suite pouvaient naître entre les signataires du contrat, ceux-ci auraient toute facilité pour créer un tribunal arbitral qui départagerait les confrères et rétablirait ainsi les fissures produites dans l'union accomplie.

Si tous les médecins adoptaient cette façon de voir, la misère médicale aurait vécu.

Docteur M. VIMONT.

CHRONIQUE SYNDICALE

A propos des médecins des bureaux de bienfaisance de Toulouse.

Nous avons tenu nos lecteurs au courant de la crise des médecins de bureaux de bienfaisance de Toulouse. Cette crise s'est dénouée dernièrement ainsi que nous l'annonçions dans un précédent numéro.

Voici les détails complémentaires que nous trouvons dans la *Fédération médicale du Sud-Ouest* (mars 1914).

L'ordre du jour du Syndicat des médecins de Toulouse qu'on trouvera *in fine* regrette que le libre choix, dont il se déclare résolument partisan, ne soit pas accordé aux indigents de Toulouse.

C'est exactement ce que nous avions écrit nous-même à ce propos, et nous sommes une fois de plus heureux de nous trouver en parfait accord sur ces points avec nos confrères du Sud-Ouest.

Ajoutons au *libre choix*, le *paiement des médecins à la visite*, le forfait étant considéré désormais comme immoral et paradoxal, et nous aurons affirmé de rechef notre inébranlable adhésion à ces deux articles de foi du programme des revendications médicales.

Le bilan de la campagne.

Ce que gagnent les médecins du Bureau

Les médecins du Bureau gagnent à leur campagne :

Une augmentation assez sensible d'honoraires.

Une transformation du service répondant — partiellement — à leurs désirs et favorable aux

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Maroc pourront être admis avec leur grade dans l'armée active.

Cette admission pourra être proposée après une seule année de service au Maroc, à la suite d'une action d'éclat ou d'une blessure grave ayant donné lieu à une citation à l'ordre du jour du corps d'occupation.

872. Dr L., à S., à « Sou médical ». — En ma qualité de membre du « Sou médical », je me permets de vous demander avis sur le cas suivant :

Depuis moins de deux ans, j'ai fait l'accouchement de la femme d'un commerçant et fait deux ou trois visites après aux enfants de cette femme dont le mari est aujourd'hui en liquidation amiable.

Il m'est dû par ce commerçant la somme de 96 francs (accouchement 80 fr. et visites aux enfants .. 16 fr.) et j'ai remis cette note au liquidateur en lui disant que ces frais étaient privilégiés.

Celui-ci m'a répondu : non, vous ne pouvez pas invoquer le privilège, vos soins ne sont pas personnels au commerçant en liquidation.

C'est ainsi, me dit-il, qu'en a jugé dernièrement le tribunal de Dreux dans un cas semblable.

Est-ce bien l'avis du Conseil judiciaire du « Sou » ?

Que dois-je faire en la circonstance ? Déjà, mercredi prochain, le liquidateur fera une première distribution de fonds.

Vous me rendriez service en me donnant votre réponse avant cette date. Cette première distribution donne un dividende de 54 fr.

Réponse. — Il est bien exact que la jurisprudence est fixée en ce sens

Suite page XXXIV.

indigents, et le droit de prescrire le lait médicalement.

La nomination des suppléants réglée — en principe — par la valeur des candidats.

Ce que perdent les médecins du Bureau.

Leur travail est surchargé (diminution du nombre des circonscriptions, multiplication des consultations, obligations de service d'urgence, art. 2 et 13).

Les nominations, les sanctions sont mises dans les mains du Préfet, agent politique, sans aucune garantie pour les médecins.

De même, pour les révocations, déguisées sous le nom de non renouvellement triennal.

De même encore pour l'honorariat, qui devrait être un droit après une vie de loyaux services.

La nomination des médecins est précédée d'un simulacre de concours où délibèrent *secrètement*, sur des titres pour la plupart scientifiques, une majorité d'administrateurs incompétents.

L'utilisation des médecins pour des besognes électorales est rendue possible par l'article 15.

Les médecins titulaires n'ont plus le droit de choisir leur suppléant.

Les médecins spécialistes sont éliminés de la Commission médicale et, par conséquent, le concours sur titres concernant les spécialités n'aura plus un seul juge compétent.

Enfin, le règlement préfectoral diminue les concessions faites par la Commission administrative, spécialement quant à la durée du temps de nomination qui est abaissé à trois ans

Il y a d'autres pertes, mais de moindre importance, que nous ne signalerons pas pour ne pas allonger cette liste, assez instructive déjà.

Ce que gagne le corps médical toulousain

Pris dans son ensemble, le corps médical toulousain obtient deux gains importants :

D'abord, par l'attitude très catégorique des médecins du Bureau, il voit confirmer les méthodes syndicales dont on peut dire aujourd'hui qu'elles ont conquis l'adhésion et obtenu la signature de l'unanimité des médecins de la ville ; avantage moral inappréciable. Si les médecins du Bureau avaient su mieux profiter de cette situation, la liste de leurs gains personnels serait plus longue, la liste des pertes n'existerait pas.

Mais on a cru chercher un appui auprès de l'autorité préfectorale. Le second gain du corps médical toulousain est d'être fixé sur la valeur de cette démarche. Invité à arbitrer quelques points litigieux, le Préfet de la Haute-Garonne n'a pas hésité à évoquer toute l'affaire et, au mépris des lois qui confient le bien communal des pauvres à une Commission spéciale dont il a seulement à contrôler les délibérations, le Préfet a établi un réglement général du service. Abus de pouvoir ? Non, peut-être, car un Préfet de la République est un maître tout puissant. Abus d'autorité sans aucun doute et abus de confiance contre des médecins qui avaient eu la naïveté de ne pas limiter l'objet du litige soumis à son arbitrage.

Les médecins sauront désormais, sans erreur possible, que les pouvoirs publics sont hostiles à toute forme, même temporaire, d'organisation professionnelle médicale.

Ce que perd le corps médical toulousain.

Il faudrait dire ici : ce que perdent aussi les indigents : Ils ont le libre choix de leur pharmacien et de leur sage-femme. *Ils ne l'ont point de leur médecin.* C'est donc qu'on espère domestiquer les médecins.

Grâce pourtant à leur éducation corporative, dont ce conflit sera un précieux élément, les médecins toulousains n'ont pas perdu encore le sens de l'indépendance.

On le verrait, nous y comptons, si l'Administration tentait d'abuser de son règlement.

Au surplus, nous ne pouvons mieux terminer qu'en reproduisant l'ordre du jour du Syndicat des médecins de Toulouse qui résume bien le bilan de cette campagne :

« Le Syndicat félicite les médecins du Bureau de Bienfaisance d'avoir, par leur cohésion et par leur discipline, donné un exemple utile et obtenu des avantages matériels appréciables.

« Il remarque toutefois que le règlement préfectoral leur a supprimé des avantages déjà accordés par la Commission administrative ; qu'il leur a imposé des obligations plus lourdes ; qu'on a institué un concours d'admission dans une forme déplorable et que les garanties de nomination et de stabilité dans leur emploi sont absolument insuffisantes.

« Il observe, d'autre part, que les indigents, ayant le libre choix de leur sage-femme et de leur pharmacien, ne bénéficient pas de ce droit pour leur médecin ; — et que le système des consultations ne répond pas aux besoins du service tels que les médecins les ont démontrés.

« En conséquence, le Syndicat, toujours favorable au libre choix du médecin par le malade et défenseur légal des droits des médecins, décide de réserver toute sa liberté d'action pour le moment où le service ayant fonctionné selon les nouvelles bases, les défauts s'en seront manifestés. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Trois députés, MM. Ch. Deloncle, A. Lefevre et Lagrosillière (il est toujours bon de connaître les noms de ses amis!) viennent de déposer une proposition de loi tendant à reviser la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

Sans publier intégralement cette proposition, nous nous contenterons d'indiquer uniquement tout ce que les auteurs ont introduit de nouveau dans le texte de 1892.

Art. 2. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de *docteur en chirurgie dentaire* ou de chirurgien dentiste. Le diplôme de *docteur en chirurgie dentaire* et celui de chirurgien dentiste seront délivrés par le Gouvernement français......

Ainsi en quatre mots, le projet Deloncle-Lefevre-Lagrosillière crée le *doctorat en chirurgie dentaire*. Nous aurons à y revenir et à dire ce que nous en pensons. Constatons maintenant que désormais, tous les articles de la loi qui mettent en cause ses bénéficiaires comportent cette désignation des docteurs en chirurgie dentaire.

Art. 5. — Les médecins, *les docteurs en chirurgie dentaire*, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France *que s'ils sont Français ou naturalisés*, qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, *de docteur en chirurgie dentaire*, de chirurgien dentiste ou de sage-femme et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Exception est faite pour les médecins, docteurs en chirurgie dentaire, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, résidant à la frontière, qui pourront exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, dans les communes françaises limitrophes, nominativement désignées dans les conditions de réciprocité qui seront réglées par des conventions diplomatiques.

Nul ne pourra exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements en France, en vertu du paragraphe précédent, s'il n'a au préalable fait enregistrer son diplôme à la préfecture du département dans lequel il se propose d'exercer.

L'enregistrement d'un diplôme ne peut avoir lieu qu'en présence de deux témoins certifiant l'identité du titulaire.

Aucune dispense de scolarité ou d'examen ne sera accordée.

Art. 6. — Les internes peuvent être autorisés à exercer pendant une épidémie ou à titre de remplaçants.

....

En cas d'urgence, la déclaration au préfet suffira en attendant l'autorisation.

Les étudiants n'ayant accompli aucun acte de scolarité depuis plus de quatre ans ne pourront être autorisés à faire des remplacements.

Art. 9. — Les docteurs en médecine, *les docteurs en chirurgie dentaire*, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus de faire enregistrer *au préalable* sans frais leur titre à la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre *dans des conditions stipulées à l'article* 5.

....

Toute personne exerçant l'art dentaire et employant des opérateurs sera tenue, conjointement avec eux, d'en faire la déclaration au commissariat de police de son quartier. Les opérateurs devront, lors de cette déclaration, justifier de l'un des titres stipulés à l'article 2.

Il est interdit d'exercer sous un pseudonyme ou sous l'anonymat les professions ci-dessus, sous les peines édictées à l'article 18.

L'exercice s'entend de tout acte de la profession, y compris le fait de signer un article de journal conseillant d'apposer une affiche, distribuer des prospectus aussi bien que d'une correspondance.

Nul ne pourra être propriétaire ou directeur d'un établissement où sont donnés des consultations, des soins de chirurgie, médecine ou d'art dentaire, s'il n'a en toute propriété les instruments et objets meublants, les baux et actes de location, s'il ne possède l'un des diplômes ou une patente prévue aux articles 1er, 2, 3 *et* 32 *de la présente loi, sous les peines édictées à l'article* 19 (1).

Seront condamnés, comme complices, aux mêmes peines, les médecins, docteurs en chirurgie dentaire, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, qui auront prêté leurs concours pour le fonctionnement de ces établissements.

Art. 10...

Une commission composée de deux chirurgiens-dentistes et d'un commissaire de police, nommés par le préfet de police, inspectera au moins une fois l'an les cabinets dentaires. Elle aura pour mission de vérifier le diplôme des titulaires de ces cabinets, ceux de leurs opérateurs, de constater toutes les infractions à la présente loi et de les dénoncer au parquet par les soins du commissaire de police.

Une somme de 6 fr. sera allouée à la commission par cabinet inspecté. Les chirurgiens dentistes payeront autant de fois 6 fr. qu'ils auront de cabinets d'opération dans la maison ou l'appartement occupé par eux.

Art. 12. — L'article 2101 du code civil relatif aux privilèges généraux sur les meubles est modifié ainsi qu'il suit dans son paragraphe 3.

Les frais quelconques de la dernière maladie,

(1) Ce paragraphe vise l'exploitation commerciale des cliniques médicales, accidents du travail, etc.

quelle qu'en ait été la terminaison, *que les soins aient été donnés au chef de famille, à sa femme ou ses enfants,* concurremment entre ceux à qui ils sont dus.

Art. 13. — ....

Les associations syndicales seront dans tous les cas admises à poursuivre directement devant les tribunaux répressifs les cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou des accouchements et seront toujours recevables à se porter partie civile dans les poursuites engagées par le ministère public, lorsque ce cas d'exercice illégal porte une atteinte directe ou indirecte aux intérêts généraux moraux ou matériels, sans distinction, de ces associations syndicales ou de certains des membres qui les composent.

Art. 14. — Les fonctions d'expert *près les tribunaux ne peuvent être remplies : 1° pour la médecine que par un docteur en médecine français ; 2° pour l'art dentaire que par un docteur en chirurgie dentaire ou un chirurgien-dentiste français.*

....

Art. 16. — Exerce illégalement la médecine :

1° ....

Le traitement susvisé s'entend de tout acte répété tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état pathologique ou prétendu tel d'une ou plusieurs personnes ; il s'entend également de tout conseil répété donné dans le même but, soit verbalement, soit par correspondance, soit par la voie de la presse, sous un nom véritable ou sous un pseudonyme ;

2° *Toute personne pratiquant sans diplôme en dehors de tous soins consécutifs, sauf le cas d'urgence avérée, une opération quelle qu'elle soit, même isolée ;*

3°..

4° *Ceux qui, comme magnétiseurs, rebouteurs ou somnambules, interviennent d'une façon quelconque et sans être munis du diplôme de docteur, dans le diagnostic et le traitement d'une maladie ;*

5° *Ceux qui, comme bandagistes, masseurs ou pédicures, et sans être munis du diplôme de docteur, interviennent dans le traitement d'une maladie sans la direction d'un docteur en médecine ;*

6° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

7° *Toute association, même de fait, entre médecins, docteurs en chirurgie dentaire, chirurgiens dentistes, ou sages-femmes et pharmaciens pour l'exploitation combinée du malade.*

Est considéré comme fait d'exploitation combinée la prescription péremptoire d'un médicament qui ne se trouve que dans une pharmacie déterminée et revêtu d'une dénomination spéciale ;

8° *Toute consultation par correspondance, provoquée par l'envoi de questionnaires imprimés à l'avance, ou de toute autre façon ;*

9° *Sont considérés comme exerçant illégalement la médecine, l'art dentaire où l'art des accocuhements, les auteurs d'articles, annonces ou réclames faites dans un journal, de brochures ou prospectus distribués au public d'une façon quelconque dans lesquels sont décrits les symptômes d'une maladie, sa marche, ses conséquences, sa dénomination, le remède à y apporter et son emploi comme devant amener la guérison ou une atténuation dans l'état de tout individu qui serait atteint de la maladie décrite, que cette réclame soit faite sous un pseudonyme ou par des personnes non pourvues du diplôme de docteur en médecine, de docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme ;*

10° *Toute personne qui. non munie du diplôme de docteur en médecine, conseillera ou facilitera habituellement le choix des verres convexes, concaves, cylindriques, ou sphéro-cylindriques, emploiera ou conseillera des appareils quelconques pour le traitement des affections oculaires ;*

11° *Toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste, prendra l'empreinte de la bouche, essaiera et posera un appareil dentaire dans la bouche,*

12° *Toute personne, non diplômée ou non visée par les articles 5,29, et 32 de la présente loi qui, en dehors des cas d'urgence et sans qu'il soit besoin de relever contre elle la circonstance d'habitude, se sera immiscée d'une des façons spécifiées plus haut dans l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et des accouchements, sera passible des peines portées aux articles 319 et 320 du code pénal, s'il résulte de ses agissements et de ses conseils un homicide ou des blessures ;*

13° *Le fait par un non diplômé de donner par la voie de la presse, ne fût-ce que par un article isolé, des conseils à une pluralité de lecteurs, constitue, selon les cas, l'exercice habituel de la médecine ou de l'art dentaire, et le fait d'exposer par avance, dans les mêmes conditions, un traitement complet, constitue la direction prévue et punie au premier alinéa du présent article.*

14° Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine *ni aux gardes-malades* qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine, *l'art dentaire ou l'art des accouchements, est puni d'une amende de 500 à 1.000 fr. et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois avec affichage à la porte du délinquant et publication dans les journaux de la région, et, en cas de récidive, d'une amende de 1000 à 3.000 et d'un emprisonnement de trois mois à un an avec affichage à la porte du délinquant et publication du jugement dans les journaux.*

Art. 19. — *Quiconque, comme propriétaire, directeur d'un établissement où sont données des consultations de médecine, chirurgie ou d'art dentaire, s'il ne possède, tous les titres prévus au paragraphe 6 de l'article 9 sera condamné à une amende de 1.000 à 3.000 fr. de quinze jours à trois mois de prison, affichage à la porte du délinquant et publication du jugement dans les journaux, à la fermeture de l'établissement et à l'enlèvement immédiat des enseignes, et en cas de récidive, de 3.000 à 5.000 fr., de trois mois à un an de prison, à*

l'affichage à la porte du délinquant et à la publication du jugement dans les journaux.

Art. 20 (ancien 19). — L'exercice illégal de la médecine de l'art dentaire avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, de *docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni d'une amende de 1.000 à 3.000 francs et d'un emprisonnement de six mois à un an, avec affichage et publication du jugement, et en cas de récidive d'une amende de 3.000 à 5.000 fr., et d'un emprisonnement de un an à deux ans avec affichage et publication dans les journaux de la région.*

Art. 21 (anciennement 20). — *Est considéré comme ayant usurpé les titres français de docteur en médecine, de docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste ou de dentiste :*

1° *Toute personne qui, exerçant la médecine ou l'art dentaire aura pris un de ces titres, de façon à faire croire qu'elle en possède le diplôme français ;*

2° *Toute personne titulaire d'un diplôme étranger exerçant la médecine ou l'art dentaire qui aura pris le titre de docteur sans le faire suivre immédiatement de l'indication, en français, de la faculté étrangère qui aura conféré le diplôme.*

Les personnes visées au paragraphe ci-dessus seront punies d'une amende de 500 fr. à 1.000 fr., à l'affichage et à la publication du jugement dans les journaux de la région et d'un emprisonnement de six jours à un mois ; en cas de récidive, de 1.000 fr. à 3.000 fr. d'amende avec affichage et publication du jugement dans les journaux de la région et de un mois à six mois de prison.

Art. 22 (nouveau).— *Toute personne qui apposera, ou qui fera apposer dans un lieu public des affiches, ou fera distribuer des prospectus promettant la guérison d'une maladie dans des conditions manifestement chimériques, sera passible d'une amende de 500 à 1.000 fr.*

La présente disposition s'applique à tous les auteurs d'affiches ou de prospectus, qu'ils soient diplômés ou non, qu'ils s'abritent sous un pseudonyme ou sous l'anonymat, ou qu'ils se fassent connaître au public sous leur nom véritable.

L'apposition de ces affiches est interdite dans ou sur tous les monuments publics.

....

Art. 33 (nouveau). — *Les docteurs en médecine, les officiers de santé pourront obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste, après deux années d'études et de travaux pratiques dans une école dentaire. Ils seront dispensés des cours et examens théoriques.*

Toutes les nouveautés introduites, par cette proposition, dans la loi de 1892 sont loin d'avoir pour nous le même intérêt. Il y a eu aussi des oublis regrettables de la part des législateurs. Commentons les unes, signalons les autres.

Pour exercer la médecine en France, il ne suffira plus d'être possesseur du diplôme d'Etat, il faudra encore être français ou naturalisé.

La question a été pas mal controversée. Ceux qui sont partisans de cette rédaction se rangent hardiment sous la bannière protectionniste et sont volontiers taxés de nationalisme étroit. Nous ne croyons pas, en ce qui nous concerne, que cette conception soit incompatible avec le plus large libéralisme d'idées. Il n'est pas douteux que l'étranger a sur le Français la supériorité d'être exonéré de toutes charges militaires et de se trouver ainsi très favorablement handicapé : trois ans, au début d'une carrière, c'est une avance considérable dont bénéficient actuellement et contrairement au droit naturel, les étrangers qui se proposent de créer en France leur situation. Donc, il paraît légitime de réclamer d'eux leur naturalisation, avec les charges que celle-ci entraîne.

Oui, mais il y a des nationalités pour lesquelles la naturalisation française est absolument impossible. Nous connaissons de très bons confrères, d'origine étrangère, qui ont toujours été très désireux de se faire naturaliser français, qui, dans ce but, ont accumulé démarches sur démarches et qui se sont heurtés à des difficultés d'ordre diplomatique absolument insurmontables. On pourrait donc peut-être prévoir que la naturalisation ne serait exigée que lorsqu'elle est possible, et que, dans les cas où elle ne peut être prononcée, elle serait remplacée par une très forte taxe en argent.

Il y a cependant un autre argument contre la naturalisation des étrangers pour égaliser leurs charges et leurs obligations avec celles des Français : les femmes, mêmes françaises, qui font leurs études médicales pour exercer plus tard la médecine, sont également exonérées de tout service militaire. Cet argument ne manque pas de poids. Il a déjà frappé ceux qui se sont occupés de cette question et on a proposé d'imposer aux étudiantes en médecine l'obligation de consacrer 3 ans de leur vie à tenir l'emploi d'infirmière dans les hôpitaux militaires, dans des conditions prohibitives de continuation des études, analogues à celles qui frappent les étudiants sous les drapeaux. Pourquoi pas ?

Il faudrait donc que la rédaction de l'article 5 soit complétée en ce sens. Cela n'est pas difficile.

A l'article 9, nous trouvons un paragraphe qui vise l'exploitation commerciale des cliniques médicales, accidents du travail, etc.

Sans nous prononcer sur de semblables organisations, dont il faut reconnaître que quelques-unes ont fait fâcheusement parler d'elles, nous ne concevons pas qu'il soit possible d'apporter une restriction aussi étroite à l'exercice d'une profession.

C'est quelque chose d'analogue à l'article de la loi de Germinal qui prescrit au pharmacien d'être propriétaire de l'officine qu'il exploite, loi désuète, s'il en fût.

La possession du diplôme est pour nous la condition nécessaire, mais suffisante, toutes choses égales d'ailleurs, pour exercer la profession de médecine. Et notamment la propriété des instruments est une chinoiserie inadmissible. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux ne sont pas propriétaires de l'outillage de ces établissements.

L'article 12 étend à la femme et aux enfants le privilège des honoraires de la dernière maladie : heureuse innovation qui répare une injustice criante et répond, en même temps qu'à un louable sentiment d'humanité, à une très légitime compréhension des intérêts du médecin.

L'article 16 précise, avec un luxe de détails dont nous ne nous plaignons pas, tout ce qui caractérise le délit d'exercice illégal de la médecine, les articles suivants définissent les pénalités qui ont été renforcées. C'est fort bien.

L'article 21 définit l'usurpation du titre de docteur en médecine et comporte un § 2 que nous ne nous expliquons pas, si nous l'opposons à l'article 2. Puisque, pour exercer la médecine en France, il faut non seulement posséder le diplôme d'Etat, mais encore être français ou naturalisé, on ne conçoit pas que les titulaires d'un diplôme étranger puissent l'utiliser, même dans des conditions déterminées.

La proposition de loi taxe d'usurpation « toute personne titulaire d'un diplôme étranger *exerçant la médecine*, qui aura pris le titre de docteur sans le faire suivre immédiatement de l'indication en français de la faculté étrangère qui aura conféré le diplôme.

Il n'y a pas d'indications d'origine qui tiennent : toute personne placée dans les conditions du § 2 de l'article 21 commet, aux termes de l'article 2, le délit d'exercice illégal de la médecine.

La rédaction doit être modifiée en conséquence, et il faut considérer les titulaires de diplômes étrangers exerçant la médecine avec le titre de docteurs comme commettant purement et simplement le délit d'exercice illégal avec usurpation prévu et puni à l'article 20.

En outre, nous voudrions que cet article 21 soit complété d'autre part par un § 3 ainsi conçu : Usurpe les titres français de docteur en médecine... 3° *toute personne titulaire d'un diplôme de doctorat autre que celui de docteur en médecine, qui aura fait précéder son nom patronymique du mot Docteur.*

Nous estimons en effet que l'usage, que la coutume réservent au seul docteur en médecine le privilège, que nous voudrions voir ériger en droit, d'accoupler à son nom son titre.

Le docteur en médecine est le seul possesseur de ce grade universitaire que dans la vie courante on désigne ainsi. Les universités et les Facultés délivrent des diplômes de docteur ès lettres, de docteur ès sciences, de docteur en droit ; il y a même, et on se demande vainement pourquoi, un doctorat en pharmacie. Mais il ne viendrait jamais à l'esprit de personne l'idée d'interpeller tous ces hauts gradés de la science de l'épithète : *Docteur !*

C'est qu'en effet, pour les profanes, et en ce qui nous concerne, *docteur* équivaut à *médecin*, et représente une profession. On exerce la profession de docteur en médecine, et non celle de docteur en droit, docteur ès sciences, docteur ès lettres, etc.

L'article 22 nous laisse aussi rêveurs en ce qu'il s'applique à des diplômés. Est-ce que tous, tant que nous sommes, nous ne promettons pas à nos pauvres malades la guérison de leurs maux dans des conditions manifestement chimériques ? Est-ce que tous les incurables qui s'adressent à nous, phtisiques, cancéreux, etc., ne s'accrochent pas aux espérances illusoires que nous faisons luire à leurs yeux ? Avec la facilité actuelle à mettre en cause la responsabilité médicale, n'y a-t-il pas lieu de craindre dans cet article une nouvelle source de difficultés et de désagréments pour les praticiens ? Et quelle tâche ardue, pour la jurisprudence, que de définir les « conditions manifestement chimériques » ?

Dans l'ancien texte de la loi de 1892, les auteurs de la proposition actuelle maintiennent intégralement l'article 15, relatif à l'obligation de la déclaration des maladies contagieuses. *Nous n'en voulons pas : nous n'en voulons plus.* Nous nous sommes maintes et maintes fois expliqués à ce sujet. La déclaration peut avoir son utilité, mais ce n'est pas au médecin de la faire, c'est au véritable responsable, au malade ou à ses représentants : le médecin, lui, n'a qu'à prescrire la désinfection.

Nous proposons donc le texte suivant pour l'art. 15 :

Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, son diagnostic fait, de prescrire au chef de famille ou à ses représentants la désinfection dans les cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant :

Et accessoirement, si l'on veut : *Cette prescription entraîne pour le chef de famille ou ses représentants l'obligation de déclarer sans délai à l'autorité publique ces cas de maladies épidémiques.*

Reste la question de la création du diplôme de docteur en chirurgie dentaire.

Et d'abord, n'y a-t-il pas quelque ironique antinomie entre cette création et l'article 8 ainsi conçu : *Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli* ?

D'autre part, quels arguments invoquent en sa faveur les partisans de cette création ?

Voyons ce qu'en dit M. Gaston Guérard (1) :

(1) *La Presse dentaire*, mars 1914.

Reprenons à présent les arguments précédemment ébauchés en faveur du doctorat en chirurgie dentaire contre le doctorat en médecine dans l'attribution d'un parchemin nouveau à l'égard des chirurgiens-dentistes.

Nous avions dit en substance ceci : il est inacceptable et matériellement impossible de vouloir prétendre qu'en cinq années l'étudiant le mieux doué pût satisfaire, avec profit, aux études dentaires, théoriques et pratiques, y compris la prothèse, et en même temps aux études médicales théoriques et pratiques, alors que chacune de ces deux sciences suffirait à elle seule pour combler largement la durée de ses études. Plusieurs chapitres, il est vrai, appartiennent en commun à l'une et à l'autre, nous savons en outre que de nombreux praticiens s'en rapportent à leurs mécaniciens du soin de confectionner les appareils qu'ils mettent en bouche, et ce double argument semble infirmer notre jugement, à savoir que l'étude de la prothèse n'étant pas obligatoire au praticien dentiste, que d'autre part il n'a que fort peu à apprendre en dehors de son bagage médico-dentaire pour avoir étudié la médecine intégrale, il est logique de donner dans le choix d'un parchemin la préférence au doctorat en médecine.

Si nous voulons donc prouver que ce diplôme ne répond pas à l'idéal de perfectionnement que nous voulons atteindre, il faudrait démontrer d'abord :

1° *Que l'étude de la prothèse fût réellement obligatoire ;*

2° *Que les études médicales extra-dentaires présentent un bagage important de connaissances nécessaires pour le docteur en médecine et inutiles au dentiste en même temps qu'elles exigent, en pure perte, un sacrifice de temps considérable.*

. . . .

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE DOIT-IL COMPORTER OBLIGATOIREMENT CELUI DE LA PROTHÈSE ?

Notre confrère M. Chompret écrivait, il y a quelques années, dans la préface de sa traduction de l'Atlas-Manuel de Preiswerk : « Dans l'avenir, pour être un parfait dentiste, il faudra être bon médecin en même temps qu'excellent prothésiste, savant en même temps qu'ouvrier habile, *et l'auteur ajoute* : Nous pensons qu'un tel résultat demandera des études fort longues, suivies concurremment à la faculté de médecine, dans les hôpitaux et dans les écoles pratiques ».

Voici donc sur ce premier point notre cause défendue par les partisans mêmes du doctorat en médecine, et nous devrons en toute bonne foi reconnaître que nous étions bien proches des conclusions de M. Chompret lorsque nous rendions hommage à ceux de nos confrères qui prolongent leurs études de cinq années pour obtenir le doctorat en médecine, ceux-là compteront un minimum de huit années de scolarité, ceux de demain en compteraient onze.... mais combien peu, nous le répétons, auraient la faculté de réaliser cet idéal, d'être à la fois bon médecin, bon ouvrier, et bon opérateur au prix de si nombreuses années d'études ; et même, en toute conscience, seront-ils vraiment : « bons médecins », alors qu'ils n'auront sacrifié qu'une partie de leur enseignement à cette science si large entre toutes.... il eût été plus vrai d'écrire : le dentiste idéal devra souvent faire œuvre médicale, il sera bon ouvrier, parfait opérateur. Car l'homme de science lui-même, qui dans notre profession a étudié l'art dentaire dans tous ses rapports avec la médecine, qui, travailleur acharné, aura parcouru dans le domaine médical tout ce qui peut intéresser le dentiste, celui-là peut-il dire : je suis bon médecin ? Oui, si cette qualité s'applique aux soins qu'il est appelé à donner en tant que dentiste, mais assurément non dans le domaine de la médecine générale.

L'obligation d'enseigner la prothèse au futur dentiste est donc reconnue par la majorité d'entre nous, partisans ou contradicteurs, mais comme nous tenons à préciser tous nos arguments, nous appuierons de quelques preuves cette première affirmation.

. . . .

Voici donc le futur praticien dentiste dans l'obligation absolue et indiscutable d'assimiler en cinq années :

1° *La dentisterie opératoire, théorique et pratique ;*

2° *La prothèse ;*

3° *Les notions médicales nécessaires à l'exercice de son art.*

Le matin il travaillera dans la Clinique d'une Ecole, et nous savons à la suite de quels longs efforts il obtiendra l'habileté manuelle nécessaire ; l'après-midi, il s'occupera de prothèse dans un laboratoire ; en outre il sera obligé d'étudier l'Odontologie théorique et les sciences médicales s'y rattachant.

Certes, le programme est lourd, mais nos jeunes élèves nous prouvent qu'il peut être accompli. Evidemment (et à condition de leur accorder en échange les récompenses auxquelles leur donne droit un tel effort), tout était de la sorte au mieux des intérêts de chacun, mais voici qu'il est question d'ajouter, à tout ce bagage déjà si pesant, *celui des études médicales* nettement *extra-dentaires. Mais à quels moments iront-ils à l'hôpital ? A quels moments suivront-ils les cours ? Oh ! a-t-on dit,* « ce serait si peu de chose, un si petit supplément ! » *un si petit supplément ! mais ils n'ont donc jamais ouvert un programme d'études médicales, ceux-là qui parlent ainsi, ou bien s'ils le connaissent ou l'ont éprouvé, ont-ils un intérêt si puissant à vouloir se tromper.*

Mais revenons à notre étudiant médecin-dentiste, que va-t-il faire en face de ce programme ? Il ne peut pas, le matin, être à la fois à l'hôpital et dans une salle de dentisterie opératoire, ni, l'après-midi, dans un laboratoire de la Faculté et dans celui de l'Ecole Dentaire ; voudrait-il travailler 15 heures par jour, qu'encore il ne le pourrait pas. Que va-t-il faire ? Evidemment ; ou négliger totalement l'hôpital pour la clinique dentaire, ou fréquenter le premier de ces enseignements au détriment du deuxième, ou bien même suivre un peu l'un et l'autre. Qu'obtiendrons-nous après cinq ans ? Dans le premier cas un dentiste, mais en tout cas pas un médecin ; dans le deuxième un médecin bien médiocre dentiste, dans le troisième, un praticien à la fois médiocre médecin et médiocre dentiste. Qu'on le veuille ou

non, il nous faut nous soumettre à ce dilemme. Parmi ces trois modes de praticien, il est évident que, si nous étions du « public », nous nous adresserions au premier...

Mais quel titre allons-nous donner à cet étudiant qui aura travaillé cinq années et dentisterie et médecine ? Celui de docteur en médecine ? Non, à cause des droits qu'il confère et puisqu'il n'a pas satisfait à toutes les exigences du programme médical. Celui de chirurgien-dentiste, non plus, puisque nous le refusons impitoyablement s'il hésite sur un grand nombre de connaissances médicales que nous exigeons de lui ; et c'est ainsi que le diplôme de « docteur en chirurgie dentaire » *s'affirme et s'impose. Parmi ceux qui le combattent, les uns, stomatologistes* (un petit nombre, *nous ne saurions que trop le répéter*) *y voient une concurrence de titre, les autres, chirurgiens-dentistes, n'ont pas assez examiné toute l'étendue des études médicales ; qu'ils interrogent ceux de nos confrères qui, vaillamment à cette heure, « font leur médecine », et ceux-là, leur diront si vraiment, en cinq années, ils auraient pu accomplir ce qu'ils ont acquis autrefois et ce qu'on leur demande aujourd'hui. Je sais que beaucoup de docteurs en médecine se contentant d'études superficielles, parviennent à préparer leur diplôme ailleurs qu'à la Faculté, potassent leurs examens dans des manuels par questions et réponses la veille des épreuves qu'ils subissent en petits paquets, toujours sûrs d'arriver au but ; mais cela ne veut pas dire que les études médicales ne fussent pas* très pénibles *et* très sérieuses *pour qui a conscience de ses devoirs ; elles sont très lourdes, et pour faire un bon médecin il faut un long apprentissage et un labeur persévérant. Pour être un bon dentiste, il en est de même. Ne poursuivons donc pas l'impossible si* nous ne voulons être menacés d'avoir dans l'avenir des praticiens inexpérimentés, faute d'études. *Cette question est vitale, l'intérêt de nos confrères, l'intérêt du public exigent que nous nous y arrêtions ; aussi la reprendrons-nous, avec le seul espoir d'être entendu des indifférents et qui sait, peut-être aussi de quelques-uns de nos contradicteurs.*

Gaston GUÉRARD.

Nous ne sommes pas convaincus. Sans entrer dans la discussion de cette question, qui nous entraînerait trop loin, nous considérons que la *stomatologie* est une branche de l'art de guérir, et qu'en dehors du diplôme de chirurgien dentiste, tel qu'il existe actuellement, il n'y a qu'un grade supérieur qui puisse être confié aux dentistes désireux de pousser plus loin leurs études et leurs connaissances : c'est celui de docteur en médecine.

Mais ne nous frappons pas : la proposition Deloncle-Lefèvre-Lagrosillière a le temps de dormir dans les cartons des bureaux de la Chambre. Que dis-je, d'y dormir ? D'y mourir. Ne va-t-elle pas être caduque demain, quand la Chambre actuelle se séparera, parvenue au terme de sa législature ? M. DELONCLE vient de passer au Sénat, MM. Lefèvre et Lagrosillière ne seront peut-être pas réélus... Alors ! ! Nos parlementaires ont, pour le moment, d'autres chats à fouetter, et nous attendrons sans doute quelques lustres avant qu'elle soit reprise.

Ce n'est évidemment pas une raison pour ne pas nous en préoccuper. C'est ce que nous faisons toutes les fois que les intérêts de la profession médicale sont en jeu.

Nous sommes faits pour cela.

G. D.

HYGIÈNE DE LA RUE ET DE LA MAISON (1)

I

Ignorance du public en matière d'hygiène. — Insouciance coupable des municipalités et services du nettoyage. — Le tranport des viandes foraines et de celles des abattoirs.

« Notre pays est menacé. Il l'est par l'alcoolisme ; « il l'est par la tuberculose ; il l'est par l'épuisement « de la natalité. Il faut que, contre tous ces dangers, « il soit méthodiquement instruit, énergiquement « défendu. Il faut qu'une action collective s'exerce « du plus petit de nos villages jusqu'au centre de l'ac- « tion politique et sociale, avec le concours de toutes « les bonnes volontés, avec l'aide de toutes nos ad- « ministrations publiques, de toutes les initiatives « privées, avec l'appui des pouvoirs parlementaires « et du gouvernement. Il faut que, contre les innom- « brables forces de la maladie et de la dégénérescence, « se fassent la concentration et la mobilisation de tou- « tes les forces protectrices de la santé et de la vie na- « tionale.

Léon BOURGEOIS.

La Science et la Vie, janvier 1914.

Telles sont les conclusions de l'article du président de l'Alliance d'Hygiène sociale, intitulé : « La France, pour rester forte, doit protéger la santé de ses concitoyens ».

Depuis 1905 que nous nous occupons de toutes ces questions, nous sommes heureux de voir qu'enfin l'on songe un peu à protéger l'humanité, alors que jusqu'ici on s'occupait surtout des animaux.

Du haut en bas de l'échelle sociale, le cri d'alarme est le même : on se plaint d'un excès de morbidité ; on se plaint du manque d'instruction de la nation sur tout ce qui a rapport à l'hygiène. En réalité, la place faite, à l'école primaire, à l'enseignement de l'hygiène est vraiment petite, cela tient sans doute à ce que les

(1) *L'Hygiène ouvrière*, n° 14, 1914.

écoles normales négligent de préparer les futurs maîtres à donner des leçons sur un sujet aussi intéressant. Mais ce que l'enfant n'a pu apprendre à l'école, le jeune homme, élève ouvrier ou employé, peut l'apprendre à l'atelier, au magasin ou au bureau, car là, vraiment, il est aux prises avec l'existence et il a l'âge de pouvoir discerner l'utile de l'inutile, ce qui peut profiter de ce qui peut nuire. Malheureusement, commerçants, industriels, administrations grandes ou petites, publiques ou privées, font preuve d'une égale insouciance à ce sujet ; comme dans tout le pays, d'ailleurs, chaque individu pris séparément est propre, mais il ne s'approprie qu'au détriment de ses voisins, alors qu'il ne lui en coûterait même pas un geste d'avoir soin de sa personne ou de son logis sans nuire à qui que ce soit. C'est ce que nous allons essayer de démontrer et si nous pouvions convaincre seulement une partie des nôtres, nous serions heureux d'avoir ainsi contribué à l'amélioration de l'hygiène publique et à éviter la propagation de nombreuses maladies.

Comment on nettoie son logement.

Nous prendrons comme exemple une maison où demeurent ouvriers et rentiers aisés, avec deux boutiques. Il est sept heures du matin, le quartier s'éveille ; la concierge commence son nettoyage par le vestibule où sont accumulées toutes les saletés détachées des semelles des locataires et de leurs visiteurs et à grands coups de balai, elle pousse ces ordures sur le trottoir et de là dans le ruisseau, non sans avoir au préalable, comme le lui ordonnent les règlements de police, balayé le trottoir qui borde sa maison. Elle n'a pas employé une goutte d'eau pour ce travail et comme du seuil de la porte au ruisseau elle a chassé brusquement ses ordures, un nuage de poussières s'est élevé, élargi, et est retombé aux alentours. Le premier boutiquier, un fruitier, est en train de préparer son étalage, où voisinent légumes et fruits. C'est la saison des fraises, cerises et groseilles, fruits qu'on a l'habitude de manger crus, presque toujours sans laver les premiers ; nous disons que sûrement la poussière qui sera absorbée avec les fraises contiendra des germes de maladie. La maison, maintenant bien en éveil, les locataires des différents étages procèdent au nettoyage de leur appartement et commencent par secouer les tapis par les fenêtres. Un enfant est atteint de scarlatine ou de rougeole, la mère le tiendra bien au chaud, c'est entendu, elle n'ouvrira aucune fenêtre donnant dans la chambre du petit malade, mais elle ira secouer tapis et couvertures, voire draps du lit, par une autre fenêtre et la rue sera infestée et bientôt le quartier. D'autres font flotter draps et couvertures pour se débarrasser de punaises qui les incommodent et ces insectes tombent aux étages inférieurs, sur les étalages, ou sont emportés quelques maisons plus loin. Et tous ces habitants se considèrent comme très propres, parce qu'ils ont constamment plumeau et balai en mains, alors que, pour l'être autant sans nuire aux voisins, ils n'auraient qu'à brosser leurs tapis sur le parquet, ramasser la poussière dans une pelle et la déposer dans leur boîte à ordures ; essuyer murs et meubles au lieu de les épousseter et faire prendre l'air à leur literie à l'intérieur, au lieu de l'exposer à l'extérieur.

Comment on nettoie nos rues.

Ces gens sont coupables par manque d'instruction et par imitation ; mais que dirons-nous des services de voirie qui sont sous le contrôle du Conseil municipal ? Voyez comme on nettoie nos rues : Vers cinq heures du matin, les balayeuses automobiles passent rapidement et nettoient la chaussée sans, maintenant, soulever de poussière, mais ce qu'elles ont enlevé d'ordures forme un petit monticule à vingt centimètres environ de chaque trottoir ; dès l'instant où on employait un service rapide de nettoyage de la chaussée, nous étions en droit d'attendre que ce travail serait fait complètement ; il n'en est rien.

A huit heures du matin seulement, on commence à mettre au ruisseau ce qui reste des deux raies d'ordures amoncelées, car chaque voiture en circulant, en a éparpillé une grande partie et le vent s'est chargé de les transporter un peu partout. Ce travail recommence vers midi et ce n'est que vers deux heures que la chaussée est réellement propre. S'il y a amélioration dans le balayage mécanique, le nettoyage des trottoirs est malheureusement resté le même et nous voyons toujours la balayeuse passer le balai de gauche à droite sur chaque trottoir, à la façon de la concierge, c'est-à-dire à sec. Qu'y a-t-il dans tous ces nuages de poussières que respirent ouvriers et employés se rendant au travail et jeunes enfants se rendant à l'école ? Que renferment ces tapis que battent, chaque matin, les bonnes des ménages aisés ou fortunés ? Le précédent préfet de police a pris un arrêté interdisant le jet des prospectus, parce que ceux-ci, éparpillés par les passants, pouvaient soulever la poussière de la chaussée ; les agents peuvent donc verbaliser contre un passant jetant un papier à terre ; mais, par contre, vous pouvez les admirer chaque matin passant devant boutiquiers ou garçons de magasins en train de secouer les tapis-brosses contre les murs ou contre les arbres de la rue ou du boulevard. Ils regardent faire et trouvent la chose toute naturelle, de même qu'ils sourient aux bonnes jetant à tous vents les poussières de l'appartement qu'elles sont chargées de nettoyer.

Combien les hôpitaux seraient moins encom-

brés ; combien les médecins seraient moins consultés si nous connaissions les premières règles de l'hygiène et si, surtout, les services administratifs de la Ville de Paris voulaient les faire appliquer par leur personnel, car ce ne sont que les dangers extérieurs que nous venons d'exposer : dangers de propagation des maladies épidémiques par le jet des poussières ; mais il y en a un autre aussi grand, c'est celui qui nous vient de la consommation de certaines viandes mortes amenées à Paris dans de mauvaises conditions et transportées aux Halles sans aucun soin de propreté. Nous voulons parler des viandes foraines.

Les viandes foraines.

Elles nous viennent principalement du Gâtinais, de Normandie et de Bretagne. Les veaux sont expédiés assez proprement, dans de grands paniers et enveloppés de linges blancs, mais parfois aussi aux linges blancs sont substituées des toiles d'emballage dont la couleur brune ne permet pas d'affirmer la propreté, et le panier à clairevoie permet l'introduction de toutes sortes de matières propres ou sales, car cette viande ne voyage pas seule dans le wagon ; elle voisine avec des fromages, de la volaille, des lapins vivants enfermés aussi dans des paniers, placés parfois au-dessus de cette viande et sûrement, ces animaux ne se privent pas de faire leurs besoins pendant le voyage plutôt long ; alors l'urine coule, traverse paille, linges et souille la viande transportée ; mais ceci n'est rien.

A travers Paris.

Si cette viande abattue a manqué de soins pendant son transport du pays expéditeur à Paris, on serait en droit de croire qu'il n'en sera pas de même à travers les rues de la capitale ; là, encore, on la souillera comme à plaisir.

Suivons donc dans leur trajet de la gare des Batignolles, par exemple, aux Halles, les vingt porcs expédiés de Bretagne. Les animaux sont chargés par des employés de la Compagnie qui viennent de décharger des caisses de fromage, de pétrole, de volaille ou toute autre marchandise ; ces employés ne se laveront pas les mains pour opérer cette manutention ; en chargeant les animaux sur leurs épaules, la viande sera en contact avec leurs blouses ou paletots de cuir, toujours peu propres forcément, et les porcs ayant la gorge et le ventre ouverts sont jetés pêle-mêle sur la voiture ; à moins qu'il pleuve, ils ne sont jamais recouverts d'une bâche et pendant ce déchargement, rien n'empêche qu'à côté on vide ou emplisse une voiture de fumier ou de ciment ; employés de la gare, de l'octroi, des compagnies de transport, tout le monde circule autour, toussant, crachant, se mouchant par terre et, forcément, il arrive que quelques éclaboussures rejaillissent sur ces bêtes égorgées. Et la cour de la gare (de n'importe laquelle), y a-t-il un endroit aussi sale, quel que soit le temps ? Nous ne le pensons pas. S'il pleut, ce ne sont que des trous remplis d'une boue noire et nauséabonde, et que les voitures soient hippo ou automobiles, elles projettent autour d'elles les mêmes germes d'infection provenant de cette boue. S'il fait sec, la poussière qui s'élève de terre dégage une odeur de crottin et d'urine de cheval agrémentée de pétrole et là encore, et plus encore que par la pluie, notre viande sera contaminée. Et ce n'est que le commencement du calvaire d'infection, car pendant la demi-heure de trajet à travers Paris, nous verrons que le conducteur du camion fumera pipe ou cigarette et crachera par terre du haut de son siège ; si le vent vient sur lui, le chargement est atteint ; les boutiquiers ou leurs employés nettoient l'intérieur de leurs magasins et à grands coups de balai envoient les poussières recueillies dans le ruisseau ; s'il y en arrive un dixième, c'est beau, le reste s'envole de tous côtés ; les ménagères secouent leurs tapis, voire leur literie, et notre viande en reçoit toujours des parcelles.

Enfin, elle arrive aux Halles, les animaux sont pendus aux crochets et découpés par des bouchers vêtus de blanc et propres ; mais les acheteurs circulent librement et touchent cette viande pour se rendre compte de sa fraîcheur ou de sa qualité ; s'ils ont les mains propres, tant mieux. Nos porcs sont achetés et livrés à différents commerçants et nous en retrouverons par moitié accrochés de chaque côté de la boutique d'un charcutier ; pour éviter qu'un chien lève la patte dessus, on a soin d'entourer le bas de chaque moitié d'un linge, et cette viande qui a été souillée pendant son transport en chemin de fer, durant son trajet à travers Paris et son séjour aux Halles, restera là toute la journée, exposée à un danger plus grand que les précédents : les mouches iront sur elle, se gorgeront et y déposeront leurs œufs. Or, n'importe quelle mouche est mauvaise. Et si au lieu de porc, qu'on mange généralement très cuit, vous prenez du mouton qu'on consomme saignant, ne soyez pas étonnés que des êtres très sains se trouvent soudainement atteints de maladies graves, alors que rien dans leur état normal, ni dans leurs antécédents, ne pouvait le laisser supposer. Si nous suivons cette viande alors qu'elle est achetée par un restaurateur, dont la clientèle est essentiellement ouvrière, ce commerçant l'exposera, lui aussi à sa devanture, toute une journée ; elle passera la nuit à la chaleur de la cuisine et ne sera consommée que trois jours après qu'elle aura été abattue. Jugez de l'état de fraîcheur de la côtelette ou du gigot bien saignant !

Le transport des viandes des abattoirs.

Ici, les chances de contamination diminuent, car les animaux tués sont transportés directement chez le détaillant et l'heure à laquelle se fait ce transport les préserve des souillures de ce qui pourrait provenir du nettoyage des appartements ou de la rue, mais par exemple, ce qui déshonore notre capitale, c'est le véhicule qui sert à transporter la viande.

Sous la voiture se trouve une caisse où sont entassés mous, foies, cœurs, etc. ; cette caisse n'est pas fermée ; sur les brancards, des quartiers de bœuf se balancent, recouverts de linges d'une propreté douteuse, et le cheval qui tire cette voiture, étant toujours en sueur vu son chargement et la vitesse avec laquelle on le conduit, la viande se trouve imprégnée de cette sueur. Le fond de la voiture est occupé par les animaux entiers, tels que veaux et moutons et les moitiés de bœufs ; le tout repose sur de la paille ; les côtés de la voiture sont recouverts de linges qui furent propres, et derrière flotte une toile qui devrait fermer le véhicule. Voilà ce que Paris possède en 1914 comme moyens de transport de viandes abattues, alors qu'en province, nous avons pu voir dans une ville de 120.000 habitants, la viande transportée dans des voitures automobiles fermées, et les animaux non pas posés les uns sur les autres, mais arccrochés au plafond de la voiture. Là, au moins, on évite le plus possible tout danger de contamination.

Ce que nous demandons.

Pour remédier à la situation actuelle, nous voudrions qu'à l'Ecole normale, qu'à l'Ecole primaire, des cours d'hygiène soient créés, non pas des cours seulement théoriques, mais surtout pratiques, prouvant au futur maître, qui pourra le démontrer à ses élèves, qu'un homme peut se nettoyer sans salir ses voisins ; qu'il peut se soigner alors qu'il est malade, sans les contaminer.

De même, nous voudrions que le Conseil municipal de Paris crée des cours pour les cadres du personnel occupé au nettoyage de la rue, et qu'il ne tolère pas que les poussières rejetées de côté par les balayeuses mécaniques restent des heures sans être enlevées ou jetées à l'égout.

Par des affiches, on devrait prévenir le public du danger qu'il y a pour tous à jeter les poussières par les fenêtres et les ordures de boutiques au ruisseau comme on le fait actuellement.

Enfin, nous demandons la suppression de la vente des viandes foraines à Paris, nous plaçant exclusivement au point de vue de l'hygiène générale ; de même que nous voudrions voir améliorer les moyens de transport des viandes abattues aux abattoirs.

E. J. Jacob,
du Comité central de la Fédération du Livre.

II

La question des loyers

Nos lecteurs se souviennent sans doute d'un article de Diverneresse sur la *Crise de l'habitation* (voir *Concours Médical* du 5 mai 1912).

Notre ami y prétendait que le loueur d'appartements devait être traité comme un industriel et non comme un propriétaire. Or on impose par raison d'hygiène et dans l'intérêt public un certain nombre d'obligations à certaines industries, par exemple aux industries des transports,pourquoi ne réglementerait-on pas l'industrie de la location d'appartements ? Cette industrie dans certaines villes est un véritable monopole de fait et ne peut être concurrencée et les petits employés, les petits fonctionnaires, la petite bourgeoisie, les officiers dans les garnisons de l'Est etc., sont tenus de passer sous les fourches caudines de l'exploitation de l'industrie des loueurs d'appartements. Ils ne peuvent, eux, disait Diverneresse, bénéficier des habitations à bon marché qui sont destinées à la classe ouvrière et cependant la plupart sont moins riches que certains ouvriers d'art.

Ces idées hardies, émises par Diverneresse avec son style énergique et ses expressions découpées à l'emporte-pièce, avaient paru à certains d'entre nous quelque peu subversives et l'article fut suivi de la note de la rédaction suivante : « Bien entendu, ce sont là des idées absolument personnelles de l'auteur que tout le monde ne partage pas à la Rédaction du *Concours.* »

Or Diverneresse n'est pas le seul à considérer la location des immeubles comme une véritable industrie. Il y a eu récemment un projet de loi déposé à la Chambre par Ernest Roche, député, que nous avons publié dans le *Concours*, 1914, nº 5, pp. 310, 314, et dans les commentaires duquel Duchesne faisait une comparaison avec la taxation du pain. Nous trouvons dans la revue : *Demain*, du 10 mars 1914,un article de son directeur, notre distingué confrère le Dr Toulouse, qui émet une opinion tout à fait analogue à celle de Diverneresse et qui fait la même comparaison que Duchesne. Nous ne croyons pas que le Dr Toulouse se soit inspiré des articles publiés il y a deux ans environ et il y a trois mois dans le *Concours médical* ; nous ne croyons pas, non plus, que nos confrères aient le même idéal social, mais tous deux sont des esprits hardis qui ne craignent pas de dévoiler leur pensée, toute leur pensée, au risque même de froisser la conception routinière que l'on a l'habitude de se faire sur tout ce qui touche à la vie de chaque jour. Aussi nous croyons intéressant

de reproduire ici l'article du Dr Toulouse intitulé : *Comment résoudre la question des loyers* (1) ?

J. N.

La crise des loyers sévit partout, et notamment dans les villes de garnison, que la loi de trois ans a surpeuplées ; aussi l'on veut améliorer les traitements des officiers pour lutter contre l'élévation des loyers. Mais est-ce bien le juste moyen ?

On peut en douter quand on voit les propriétaires des régions les plus favorisées augmenter les loyers en prévision de l'augmentation des traitements militaires ; ils se préparent ainsi à mettre dans leurs poches une bonne part des millions supplémentaires que va coûter la loi de défense nationale.

Les partisans les plus convaincus de la liberté économique s'en montrent interloqués. Evidemment, disent-ils, il ne faut pas, en principe, toucher à la propriété. Mais, comme il s'agit de la défense du pays, on pourrait tout de même décider que dans certaines villes de garnison, le taux des loyers devra être fixé par la municipalité.

***

Le même mal sévit depuis longtemps chez les ouvriers des grandes villes. Lorsqu'on abat un vieux quartier, on détruit un certain nombre de logements populaires, qui font hausser automatiquement le prix des autres. Le mal est si fort que l'Etat a eu l'intention d'imposer à la Ville de Paris l'obligation de ne détruire les cabanes élevées sur les fortifications que lorsqu'elle aurait assuré le logement des zoniers.

Or, ce qui serait bon aux militaires serait bon aussi aux ouvriers. Et les hygiénistes feront valoir de solides raisons pour étendre jusqu'à ceux-ci cette mesure de protection ; on aura un moyen détourné — car la taxe appelle la réglementation — pour frapper le taudis, cette étuve de la tuberculose humaine.

D'ailleurs, pourquoi s'effrayerait-on de la taxe du loyer ? Est-ce que le pain n'est pas depuis longtemps une matière taxable ? Et le pain est-il plus nécessaire que le loyer ? On pouvait le croire jadis, alors que la nourriture essentielle du pauvre était faite de cet aliment. Aujourd'hui, avec les ressources de l'industrie moderne, l'ouvrier n'en est pas encore à pouvoir manger, à défaut de pain, de la brioche ; mais c'est tout comme.

En vérité, on s'effraye surtout de simples préjugés qui ne correspondent pas aux réalités. Le gaz et l'électricité ne sont-ils pas déjà taxés ? La taxation est donc un expédient normal ; qu'on l'applique aux logements, cela n'a rien de révolutionnaire.

***

Ce qui choque à première vue, c'est que la mesure va frapper un grand nombre de petits propriétaires, véritables commerçants en loyers. Mais les boulangers soumis à la taxe sont-ils moins intéressants ? Au point de vue de l'intérêt public, il est évident que la plupart des propriétaires, qui administrent leur maison en dépit des règles les plus élémentaires de l'hygiène, sont encore moins préparés à la gestion de ce service public que les boulangers à faire du pain salubre. C'est d'ailleurs au berceau qu'ils sont devenus bien souvent les maîtres d'une maison comme leurs ancêtres l'étaient d'un régiment. Ces braves gens ne peuvent-ils pas placer autrement leur argent ? Et faudra-t-il qu'on soumette le candidat à un examen technique ?

A suivre les effets d'une telle cupidité, servie par une ignorance à peu près complète des conditions d'une habitation hygiénique, les adversaires du monopole se prennent à regretter que le logement ne soit pas soumis à ce mode d'exploitation. Admettez qu'une puissante compagnie fasse le trust des maisons de tout un quartier, de toute une ville ; la municipalité ne se gênerait plus alors pour intervenir et lui imposer certaines clauses dans l'intérêt de tous, comme elle ne manque pas de le faire avec une simple Compagnie du gaz ou de tramway !

On n'aurait plus aucun scrupule, ayant devant soi une collectivité puissante, d'édicter toutes les mesures que les hygiénistes tiennent en réserve dans leurs cartons : interdiction de bâtir dans les rues étroites, limitation de la hauteur des maisons, minimum de cubage des pièces servant de chambres, obligation d'entourer la maison d'une zone de gazon et de petits arbustes, suppression des courettes, installation des services centraux de chauffage, d'éclairage, de lavoir, de buanderie, d'alimentation facultative et même d'une bibliothèque et d'un salon de récréation communs.

Au lieu de cela, l'habitation est restée affaire de spéculation privée : l'ignorance, la routine et aussi la pauvreté du propriétaire (car ces deux états ne sont pas contradictoires), ont maintenu cette industrie dans un état de stagnation qui jure avec l'effort actuel du progrès. Pour le logement, nous en sommes au même point qu'au temps où chacun faisait son pain de famille et où nos femmes filaient la quenouille.

***

Pour nous sortir de cette impasse, il y aurait bien un autre moyen

Les propriétaires se croient à l'abri de toutes représailles. Détenteurs d'abris forcés, ils attendent au seuil de leur porte les citadins, pauvres écureuils des villes enfermés dans leurs cages étroites. Mais ces cages, puisqu'on ne peut les améliorer, pourquoi ne pas les refaire ailleurs ? Aujourd'hui on construit une ville plus vite et mieux que jadis quelques maisons. De même qu'on fait en série des vêtements, il est possible d'exécuter de même des habitations.

Alors, au lieu de s'acharner à construire dans des endroits resserrés, grevés de servitudes, pourquoi ne

(1) *Demain*, 10 mars 1914 (6, rue de Hanovre, Paris 2e). Abonn.: 6 fr. Paris ; 7 fr. départ. Le no : 0 fr. 50)

pas regarder par-dessus les murs de la ville ? Il ne manque pas, tout aux environs, de plaines faites à souhait pour recevoir des cités nouvelles. Nos voisins s'en sont déjà avisés. On construit une véritable cité-jardin en dehors de Londres. A Berlin, on étudie un projet analogue ; à Paris même, sous couleur de plan d'extension, le préfet de la Seine et M. Dausset proposent des moyens qui pourraient très bien aboutir au même résultat. Et ce qu'on peut faire dans une capitale, toute grande ville est aussi apte et intéressée à le poursuivre.

Mais aussi bien on referait la ville tout entière. Un Anglo-Saxon a proposé récemment de bâtir une capitale mondiale. On pourrait d'abord s'essayer à faire de grandes villes modernes au centre de chaque région. Enfin les grands centres, Paris même, peuvent être refaits dans des endroits nouveaux, plus commodes et plus sains. Ce sont des nécessités de circulation qui ont fait, dans le temps, choisir l'emplacement de Lutèce. Mais ces conditions ne sont plus les mêmes ni les seules aujourd'hui. Et si l'on avait à choisir un emplacement nouveau, il est sûr que la commission d'hygiène chargée de choisir les terrains n'arrêterait pas son choix sur la cuvette géographique qui fait l'astmosphère stagnante de Paris.

Cette solution, qui est à la portée des esprits les plus conservateurs — puisqu'on n'aurait pas à toucher aux droits acquis des propriétaires — s'imposera peu à peu à tous. Que ce soit par le moyen du « plan d'extension » ou sous la forme d'une « construction à côté », les vieux quartiers, les vieilles villes, risquent d'être dépossédées de leur vogue et de tomber au rang des villes mortes, — toujours belles, j'imagine, aux yeux des amateurs d'art.

On ne toucherait pas aux endroits acquis, mais on créerait un nouveau statut à côté. Ainsi les propriétaires actuels pourraient garder jalousement leurs demeures vétustes et leurs droits autocratiques et leur aptitude à réclamer des indemnités formidables d'expropriation. Seulement, ce seraient des droits virtuels. Ce qui manquerait pour les faire valoir, c'est le locataire. On refera une ville à côté. Utopie ? Attendez seulement cinquante ans et vous verrez.

Dr TOULOUSE.

Il est évident qu'un jour ou l'autre, et peut-être à une époque plus prochaine qu'on ne le pense, on sera obligé par la force des choses à traiter la location des immeubles destinés à l'habitation comme une véritable industrie. La loi sanitaire impose déjà un certain nombre d'obligations aux propriétaires d'hôtels meublés, quelle différence essentielle existe-t-il entre ces derniers et les propriétaires de boîte à loyers ? Et pourquoi ces deux industries qui sont sœurs ne subiraient-elles pas le même sort, le sort commun de toutes les industries ?

J. NOIR.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

L'assistance aux femmes en couches.

Circulaire ministérielle.

La présente circulaire a pour but de confirmer et de préciser sur deux points, de façon à en prévenir d'inexactes interprétations, la circulaire du 24 décembre 1913, relative à l'application des lois des 17 et 30 juillet 1913 sur l'assistance aux femmes en couches.

Ces lois imposent à toute postulante, pour que le bénéfice de l'assistance lui soit accordé, diverses conditions, au nombre desquelles celles-ci :

1° Qu'elle « se livre habituellement à un travail salarié comme ouvrière, employée ou domestique », soit « chez autrui » (art. 3 de la loi du 17 juin), soit « à son domicile » (art. 73 de la loi du 30 juillet) ;

2° Qu'elle soit « privée de ressources » (art. 3 de la loi du 17 juin visé par l'article 73 précité de la loi du 30 juillet).

C'est sur ces deux points que vont porter les explications complémentaires qui suivront :

I

Le travail doit être : a) *salarié* et b) *habituellement salarié*.

Deux questions sont donc à examiner :

a) La loi du 30 juillet 1913 ne visait que les femmes travaillant chez autrui comme « ouvrières, employées ou domestiques » ; et quand il s'agit d'un travail habituellement exécuté chez autrui le sens même de ces mots « ouvrières, employées ou domestiques » ne semble pas devoir soulever de spéciales difficultés d'interprétation. Il en va autrement des femmes travaillant « à domicile ». Où commence le salariat proprement dit ? Où finit le « petit patronat » ? Quel critérium permet de distinguer l'ouvrière à domicile de la petite entrepreneuse ?

Cette question est fort délicate. Elle s'est déjà posée à l'occasion de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes. A la vérité « elle se posait là de façon spécialement aiguë, » puisque la même décision jugeant qu'une personne était « employée » au sens ordinaire de ce mot fixait l'existence et, par conséquent, la responsabilité, aux termes de ladite loi, d'un employeur astreint à supporter la charge personnelle des versements égaux à ceux effectués par l'employée. La situation est ici différente. En instituant l'assistance aux femmes en couches et en la limitant aux femmes salariées, le législateur n'a pas entendu que l'assistance ne serait accordée qu'aux femmes pouvant justifier d'un contrat écrit ou verbal de louage de services, dans le sens nécessairement limité où ces mots doivent être pris en vue de l'application de la loi des retraites. Il a entendu certainement viser

toute femme retirant habituellement de son travail une rémunération à elle payée par des tiers et sous quelque forme que ce soit, et exclure du régime nouveau celle qui, si digne d'intérêt soit-elle, consacrant exclusivement son activité, son labeur à l'entretien même du ménage, ne reçoit du dehors aucune rémunération.

Tel est le critérium qui me parait devoir être adopté. Il apportera une réponse à des questions qui, de divers côtés, m'ont été posées.

Il importe peu, tout d'abord, que la rémunération touchée par la femme soit payée en argent ou en nature.

Il est indifférent qu'elle le soit par un ou plusieurs tiers.

Il n'y a pas à se préoccuper de savoir, s'agissant, par exemple, de dentellières, lingères, etc., si le « patron » au compte de qui elles travaillent leur fournit ou non le fil, les aiguilles et, de façon générale, la matière première.

Dans tous ces cas, l'intéressée tire des ressources d'un travail autre que le travail domestique, ménager, familial ; le repos avant et après les couches, condition indispensable du droit à l'assistance, entraîne pour elle un véritable « manque à gagner » et l'allocation, si, bien entendu, les autres conditions fixées par la loi sont remplies, lui doit être accordée.

b) Que la postulante travaille chez autrui ou à domicile, la loi exige que ce travail soit « habituel ». Les difficultés ici sont plus graves. Entre les deux cas théoriques extrêmes d'une femme n'accomplissant un travail salarié (dans le sens indiqué au précédent paragraphe) que onze ou dix mois par an et subissant ainsi un chômage périodique et régulier d'un ou deux mois, et d'autre part celle qui n'accomplirait un tel travail chaque année que pendant une courte période de quelques jours, cas où de toute évidence l'habitude sera reconnue là et non ici, il existe, il se présentera, il m'a déjà été signalé toute une série de situations intermédiaires entre lesquelles il me paraît impossible d'établir une démarcation rationnelle. Ces situations devront être jugées, espèce par espèce, par les conseils municipaux et, s'il y a lieu, en appel, par les commissions cantonales instituées par la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. La loi nouvelle n'ayant pas emprunté à la loi du 14 juillet 1905, et cela pour des raisons exposées dans les précédentes circulaires, son système de juridictions contentieuses, la commission centrale ne pourra établir, comme elle l'a fait et le fait chaque jour pour l'assistance aux vieillards et comme elle va le faire pour l'assistance aux familles nombreuses, une jurisprudence uniforme ; il y aurait cependant de graves inconvénients à ce que, sur la question ici envisagée, comme sur toutes autres que soulèvera l'application de la loi nouvelle, des jurisprudences très dissemblables fussent instituées de département à département et même dans un département, de canton à canton. C'est un point important et délicat sur lequel je vous prie de veiller en ce qui concerne votre département et je vous invite aussi à me signaler les décisions d'espèce qui parviendront à votre connaissance et vous apparaîtront comme caractéristiques et d'intérêt général.

Donc, en ce qui concerne l'« habitude », je suis dans l'impossibilité de formuler une règle générale. Qu'il me suffise de dire que la loi doit être largement interprétée, pour des raisons d'ordre public sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Il est cependant un cas qui, dès aujourd'hui, peut être envisagé et qui doit revêtir une importance particulière, si j'en juge par les nombreuses questions qui m'ont été adressées à ce sujet par les administrations préfectorales. Je veux parler des *industries saisonnières*, en prenant comme exemple, les fabriques où se préparent les conserves de poissons ; ces fabriques restent ouvertes quatre mois par an environ. Quelle sera, au regard de la loi, la situation d'une femme qui, en dehors de cette « campagne », ne se livre qu'à des travaux ménagers et domestiques ?

L'interprétation la plus large de la présente loi me conduit à la solution suivante : si, lorsqu'elle présente le certificat médical requis par la loi et établissant « qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant », l'intéressée est occupée dans l'industrie saisonnière envisagée, non seulement l'allocation doit commencer à lui être versée, mais on peut admettre que, si le payement de cette allocation est effectué en plusieurs versements, celle-ci doit être intégralement touchée (sauf les cas de retrait expressément prévus par la loi) et en conséquence continuer à être payée jusqu'à la fin des périodes légales, alors même que, avant cette date, la campagne de travail saisonnière se serait achevée et que l'usine aurait fermé ses portes.

Allant plus loin encore dans cet ordre d'idées, j'estime qu'il sera conforme à l'esprit de la loi, à l'indivisibilité du droit à l'assistance et, en même temps, aux exigences de la pratique, d'accorder l'allocation à une femme qui, habituellement, c'est-à-dire ici les années précédentes, travaillait à ladite usine et qui devait y être encore occupée, si elle présente le certificat médical plusieurs semaines avant l'ouverture de l'usine et s'il y a lieu de présumer que la période légale d'assistance ne s'achèvera qu'après cette ouverture. Dans ce cas comme dans le précédent, il est manifeste que l'intéressée aurait un droit incontestable à l'assistance durant une certaine période, durant cette partie de la période légale comprise dans la campagne de travail saisonnière ; la question se pose seulement de savoir durant quelle période cette assistance doit être accordée et le principe de l'indivisibilité de l'assistance aux femmes en couches, telle qu'elle est instituée par la loi nouvelle, m'incite à penser que, ayant un droit commun certain à une partie de l'assistance, l'intéressée doit recevoir cette assistance tout entière.

II

La postulante doit être « privée de ressources ».

Aucune règle n'a été définie par la loi. L'apprécia-

tion des situations individuelles est laissée, en ce qui concerne les postulantes n'ayant pas le domicile de secours dans la commune de résidence, aux seuls préfets, et en ce qui concerne les postulantes ayant ce domicile de secours, aux conseils municipaux, avec recours devant la commission cantonale.

Le règlement d'administration publique du 17 décembre 1913, pour permettre aux autorités de formuler ces appréciations en toute connaissance de cause, a prescrit (art. 2), que la postulante doit déclarer dans sa demande :

« 3° Quelles sont ses charges de famille ;

« 4° Quelles sont les ressources dont elle continuera à disposer pendant son repos, notamment, s'il y a lieu, celles qui peuvent provenir du travail du mari ».

Les renseignements ainsi fournis constituent, ainsi que je l'ai nettement spécifié dans ma circulaire du 21 décembre 1913, des « éléments d'information ». J'indiquais — et la circulaire précitée est tout entière inspirée par cet esprit — qu'il s'agit ici moins d'une loi d'assistance que d'une loi d'hygiène sociale ; j'indiquais que la nation tout entière a intérêt à ce que le bénéfice de la loi soit accordé non seulement dans tous les cas où l'affirmative est certaine, mais encore dans tous les cas douteux, et à ce qu'il ne soit refusé que lorsque le texte même de la loi et, dans l'application, les formelles exigences du bon sens, commandent ce refus et j'insistais avec force sur ce point que l'intérêt national réside en ceci : que le repos de la femme avant et après ses couches , repos qui est la condition essentielle, organique de l'assistance, assure avec la santé de l'enfant la santé de la mère et la possibilité de ses maternités futures et, à ce double titre, le développement de la race.

Il semble bien cependant que, en dépit des instructions du 21 décembre 1913, la loi nouvelle ait été de divers côtés interprétée dans un sens étroit, restrictif, contraire à son esprit, à la volonté du législateur, aux intérêts supérieurs de la santé publique.

J'avais dit (n° 10) — en ce qui concerne les ressources proprement dites — que, nonobstant sa qualité de salariée, l'assistance ne pouvait être accordée à une femme « assurée de recevoir de son employeur, durant cette période de repos de huit semaines, l'intégralité de son salaire, surtout si ce salaire est important » ou à une femme « dont la situation est notoirement aisée, qui vit largement et paye un loyer élevé.» Il est, en effet, non point certes beaucoup mais un petit nombre de femmes qui « travaillent » au sens de la loi, et qui tirent de ce travail une très large rémunération ; il est de toute évidence que la loi, ayant imposé la condition d'être « privée de ressources », a entendu, si large qu'on la puisse et doive interpréter, que cette condition détermine certaines intéressées à ne point réclamer le secours ou, si elles le réclament, suffise à faire écarter leurs demandes.

Mais il a été affirmé devant la Chambre, au cours de la séance du 12 mars, que dans telle ville la commission d'assistance « avait envisagé la possibilité de ne pas accorder le secours d'assistance à toute femme payant un loyer supérieur ou égal à 250 fr.» Une telle limitation n'a aucun rapport avec les instructions contenues dans ma circulaire du 21 décembre ; nous sommes là très loin « de la situation notoirement aisée », de la « vie large », du « loyer élevé » qui y étaient envisagés !

J'en dirai autant en ce qui concerne les *ressources éventuelles provenant du travail du mari*. Là encore les termes, cependant très explicites de la circulaire précitée, n'ont pas été interprétés comme ils auraient dû l'être. Le Gouvernement, par l'organe du ministre du travail et par celui du sous-secrétaire d'Etat de l'intérieur, avait nettement indiqué, à la séance de la Chambre des députés du 12 juin 1913, que le salaire du mari ne devait pas entrer en ligne de compte pour le calcul des ressources de la femme postulante et si le règlement d'administration publique du 17 décembre 1916 prescrit à celle-ci de faire connaître le chiffre de ce salaire, le considérant comme un « élément d'information », il est évident que les appointements ou salaires touchés par le mari ne seront un obstacle à la recevabilité de la demande d'allocation que s'ils sont très élevés, c'est-à-dire dans des cas extrêmement rares. Cette réserve était nécessaire si l'on voulait éviter ce qu'il y aurait d'évidemment choquant dans l'attribution de secours à une femme, dont le mari recevrait des appointements ou un salaire de plusieurs milliers de francs et qui, nonobstant, n'aurait pas la discrétion de ne pas réclamer le bénéfice de la loi, encore faudrait-il, même dans cette hypothèse, envisager les charges de toute nature qui peuvent peser sur le ménage et faire que sa situation brillante en apparence soit, en définitive, extrêmement précaire ; le nombre des enfants, la circonstance que les époux ont de vieux parents à soutenir, la cherté de la vie dans la localité où habitent les postulants devront être pris en considération ; il faut, à cet égard, laisser aux commissions d'assistance et aux conseils municipaux une large faculté d'appréciation. En résumé, le chiffre du salaire du mari ne doit pas influer sur les décisions à prendre, à moins qu'il ne soit très élevé et que, rapproché des autres éléments d'information, il ne fasse apparaître une situation telle qu'il y aurait quelque chose de véritablement scandaleux à accorder l'allocation.

III

Je vous prie de vous inspirer des considérations précédentes et de vous efforcer d'obtenir de l'ensemble des commissions administratives, des bureaux d'assistance, des conseils municipaux et des commissions cantonales une application normale de la loi et de prévenir des abus ; ces abus peuvent être de deux sortes : une loi peut être faussée aussi bien par une trop étroite que par une trop large application.

La loi vous donne un pouvoir de décision sans appel à l'égard des postulantes n'ayant pas le domicile de secours dans la commune où elles résident et de ce fait, vous pouvez déjà, par une interprétation conforme aux instructions qui précèdent, exercer une

influence personnelle très importante sur l'application générale de la loi ; vous le pouvez encore puisque, en ce qui concerne les autres postulantes, vous êtes investi du pouvoir de déférer les décisions des conseils municipaux aux commissions cantonales d'appel. Il vous appartiendra donc d'user de cette initiative de recours lorsque et surtout sur quelque question « caractéristique », une décision aura été prise, qui vous apparaîtra nettement constituer un abus « en deçà » ou « au delà » des limites de la loi.

IV

Enfin j'appelle votre attention sur la nécessité absolue d'assurer dans le plus bref délai la complète exécution de la loi ; deux lois nouvelles sont entrées en vigueur en même temps : la loi sur l'assistance aux familles nombreuses, la loi sur l'assistance aux femmes en couches ; cette coïncidence a eu pour résultat que dans beaucoup de mairies et de préfectures, l'effort de mise en application a porté d'abord sur la première des deux lois, la seconde s'est trouvée ainsi reléguée au deuxième plan. Je n'ai plus à redire quelle est l'importance sociale de cette législation : aussi maintenant que sont franchies les premières difficultés d'organisation relatives à l'assistance aux familles nombreuses, il est indispensable, en ce qui concerne l'assistance aux femmes en couches, de rendre impossible un nouveau retard ; je compte sur votre dévouement pour cet effort d'action.

Pour le ministre de l'intérieur :

Le sous-secrétaire d'Etat,

Raoul PÉRET.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical »

Contrat entre un médecin et une commune.

L'accord aux termes duquel un médecin reçoit d'une commune une subvention annuelle, à charge de venir s'installer dans la commune et de donner ses soins gratuitement à un certain nombre de personnes indigentes, dont la liste lui est remise au 1er janvier de chaque année, constitue une convention de droit civil et les tribunaux civils sont seuls compétents pour connaître des litiges survenus à l'occasion de cette convention.

En 1901, il est intervenu entre le Dr R. et une commune du département de l'Ain une convention aux termes de laquelle, moyennant le paiement d'une subvention annuelle de 1.800 fr., il s'engageait à résider dans la commune et à donner ses soins à un certain nombre d'indigents dont la liste lui serait remise le 1er janvier de chaque année. Cette convention a été approuvée par le Préfet et, jusqu'en 1910, celui-ci approuva sans réserve le vote de la subvention convenue. Au mois de juin 1910, le maire fit savoir à notre adhérent que le Préfet consentait bien, pour cette année encore, à approuver la subvention, mais qu'il faisait toutes réserves pour l'année suivante. Dès lors, la situation du Dr R.., devenait trop précaire pour qu'il pût raisonnablement l'accepter. C'est ce qu'il fit savoir au maire par lettre recommandée en date du 3 novembre 1910 ; par cette lettre, il déclarait reprendre sa complète liberté. Il alla donc s'installer dans une commune voisine, tout en continuant à venir donner ses soins aux malades de la commune dans les conditions prévues au contrat. Cette conduite est tout à sa louange.

Mais, ayant donné ses soins aux malades de la commune, dans les termes de la convention intervenue, du 1er janvier au 1er novembre 1910, il lui était dû sans aucun doute le paiement des trimestres afférents à cette période, soit la somme de 1.500 fr.

Il adressa donc au maire une demande en paiement de cette somme, et cette demande étant demeurée sans réponse, il saisit le conseil d'Etat de sa réclamation.

En cet état des faits, et à la date du 16 janvier 1914, le Conseil d'Etat a rendu l'arrêt suivant :

CONSEIL D'ÉTAT.

Section du contentieux.

16 *janvier* 1914

Considérant que, par délibération du 19 mars 1901, le Conseil municipal de B. a voté, pour remédier à l'absence d'un médecin dans la commune, une subvention annuelle de 1.800 fr., en faveur du Dr R.,., qui, par acte du 21 avril 1901, a accepté, moyennant l'allocation de cette subvention, de venir s'installer dans la commune à la condition de donner ses soins gratuitement à un certain nombre de personnes indigentes dont la liste lui serait remise au 1er janvier de chaque année ; que cette délibération a été approuvée le 8 juin 1901 par le préfet, qui a eu soin de spécifier que cette subvention devait être votée pour chaque année et prendrait fin dès qu'un autre médecin viendrait se fixer dans la région ; que depuis l'année 1901, la subvention a été renouvelée par le Conseil municipal et approuvée par le préfet dans les mêmes conditions ;

Considérant que le Dr R.,., ayant le 3 novembre 1910 fait connaître au maire de B. son intention de quitter la commune, et ayant par requête du 13 mai 1911, réclamé la somme de 1.500 fr., représentant la subvention afférente à la période du 1er janvier au 1er novembre 1910, le maire n'a pas répondu à cette de-

mande de paiement ; que le sieur R... défère au Conseil d'Etat la décision implicite de rejet résultant du silence gardé par le Conseil municipal ;

Considérant que l'accord conclu par la commune de B. avec le sieur R..., dans les conditions où il est intervenu, n'a pas eu pour but d'assurer le fonctionnement d'un service public communal, mais a constitué une convention destinée à obtenir la présence d'un médecin dans la commune et a été passé dans les conditions du droit commun ; que, si le Dr R.. s'est engagé à soigner gratuitement un certain nombre de personnes indigentes dont la liste serait par lui approuvée, il ne s'est pas ainsi obligé à assurer l'assistance médicale gratuite dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, et que, par suite, cette clause, qui ne constitue d'ailleurs qu'une condition accessoire de la convention, n'a pu avoir pour effet de modifier la nature du contrat ; qu'il suit de là que l'autorité judiciaire est seule compétente pour statuer sur le litige survenu entre le Dr R... et la commune de B., à l'occasion de ce contrat de droit civil, et que le Conseil d'Etat est incompétent pour en connaître.

Décide :

ARTICLE 1er.

La requête du sieur R..., et le recours incident de la commune de B. sont rejetés.

ARTICLE 2.

Le Dr R... supportera les dépens, à l'exception de ceux du recours incident, qui resteront à la charge de la commune de B...

Cet arrêt présente un grand intérêt pour les médecins. Il tranche, en effet, une question de compétence dont la solution, jusqu'alors, pouvait apparaître comme douteuse.

Les contrats passés par les communes ne relèvent, à moins de textes spéciaux, de la compétence administrative que s'il ont été passés en vue d'assurer un service administratif : c'est l'idée du service administratif qui domine la compétence administrative. Quelquefois même, cette idée n'est pas suffisante, il faut y ajouter l'intérêt général des habitants, l'intérêt « public » de la commune. En tous cas, si l'idée de service public n'est pas toujours suffisante, elle est toujours nécessaire.

Dans l'espèce, le Conseil d'Etat se déclare incompétent parce qu'il juge que cette idée de service public n'apparaît pas. Sans doute, observe-t-il, le Dr R. s'est engagé à soigner gratuitement un certain nombre de personnes indigentes, mais il ne s'est pas ainsi obligé à assurer l'assistance médicale gratuite dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893. On se trouve donc en présence d'un contrat de pur droit privé, du ressort exclusif de l'autorité judiciaire. Mais, par contre, on doit conclure de cet arrêt que si notre adhérent s'était engagé à soigner les indigents dans les termes de la loi de 1893, l'idée de service public apparaissant alors, le jugement de la contestation eût été de la compétence administrative, nonobstant toutes autres clauses concernant les habitants non indigents et notamment la réduction des honoraires.

E. AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat
et à la Cour de Cassation,
Conseil du « Sou Médical ».

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Ve Congrès de physiothérapie des Médecins de langue française** (*Diagnostic et traitement par les agents physiques*). — Ce Congrès se tiendra à Paris, à l'Ecole de Médecine, les 14, 15 et 16 avril 1914.

Une exposition d'appareils, de dessins, de radiographies, de moulages, etc., aura lieu durant le Congrès.

Bureau du Comité d'organisation. — Président : M. le Professeur Maurel (Toulouse), Société de Kinésithérapie. — Vice-Présidents : MM. le Professeur Bergonié (Bordeaux), Dubois (Saujon), Guilloz (Nancy), Sollier (Boulogne), Oudin (Paris), Société d'Electrothérapie ; Hirschberg (Paris), Kouindjy (Paris), René Mesnard (Paris), Société de Kinésithérapie ; Aubourg (Paris), Barret (Paris), Béclère (Paris), Dominici (Paris), Société de Radiologie. — Vice-Présidents étrangers : MM. Gagnier (Montréal), Libotte (Bruxelles), Société d'Electrothérapie ; Cyriax (Londres), Profanter (Franzenbad-Bohême), Société de Kinésithérapie ; Henrard (Bruxelles), Wuillamoz (Lausanne), Société de radiologie.

Secrétaire général : Dr Laquerrière, 2, rue de la Bienfaisance, Paris ;

Secrétaire général adjoint : Dr Percheron.

Trésorier : Dr Delherm, 2, rue de la Bienfaisance, Paris.

Directeur de l'exposition : Dr Haret, 8, rue Pierre-Haret, Paris.

Questions à l'ordre du jour. — Trois questions ne seront pas l'objet de rapports, ce sont : I. Les myopathies. — II. Les ptoses. — III. Rôles des divers agents physiques et plus particulièrement du mouvement dans les psychasthénies.

(Une Conférence sur *Les conceptions modernes de la pathologie et de l'électro-physiologie des myopathies*, sera faite durant le Congrès par M. le Dr Bourguignon, chef-adjoint du Laboratoire d'électrothérapie de la Salpêtrière).

Trois autres questions feront l'objet des rapports. Ce sont : Les agents physiques dans la goutte ; les agents physiques dans les ankyloses ; les agents physiques dans le lupus vulgaire.

Les billets donnant droit à une réduction de 50 % sur les chemins de fer français seront valables à l'aller du 8 au 16 avril inclus ; au retour du 14 au 22 avril inclus.

Prix de la cotisation : Membre actif : 15 francs. Membre associé (femme ou enfants non mariés) : 10 francs.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 15 Dimanche 12 Avril 1914

LE CONCOURS MÉDICAL
GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

Démission d'un vice-président et de deux membres du Conseil général.

A la suite de la séance du Comité Directeur de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français (10 mars 1914), M. le Dr Gassot, membre du Comité Directeur, a adressé au Président de l'Association Générale des médecins de France sa démission de vice-président de cette Association, en même temps que MM. Maurat, président, et Vimont, trésorier de la Caisse des Pensions, envoyaient leur démission de membres du Conseil général de l'A. G.

Ces démissions étaient accompagnées de l'extrait du procès-verbal de la Caisse des Pensions suivant :

M. le Président Maurat fait part au Comité Directeur des incidents qui se sont produits à l'Association Générale des médecins de France à la suite de l'Assemblée extraordinaire du 16 décembre 1913.

Il donne lecture du procès-verbal de la réunion du Conseil général de l'A. G., du 19 décembre 1913 : *A propos de la situation nouvelle de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français.*

Il donne ensuite lecture du rapport de M. le Dr Louis Régis au nom d'une Commission composée de MM. Bellencontre, Butte, Darras, Depasse, Dignat, Gaucher, Levassort, Lutaud, Abel Watelet et Louis Régis, et chargée d'étudier la question de la dénonciation des contrats entre l'A. G., d'une part, et, d'autre part, la Caisse des pensions de retraite du Corps médical Français.

Il regrette que la discussion qui a suivi la lecture de ce rapport au Conseil général n'ait pas encore été publiée et résume cette discussion.

M. Gassot ajoute que, par lettre, il a protesté contre l'allégation du rapporteur : « que l'A. G. avait contribué par ses versements à la stabilité financière de la Caisse et par suite à son développement ».

L'A. G. a remboursé leur cotisation à quelques-uns de ses membres qui étaient affiliés à la Caisse, mais elle n'a pas versé un centime à cette Caisse.

MM. Mignon, Vimont et Gassot constatent que la publication, au *Bulletin* de l'A. G., de ces divers documents a eu un effet déplorable sur un certain nombre de sociétaires, qui se sont plus émus peut-être des allégations qu'ils contiennent que des documents officiels qui leur avaient été soumis, lors de l'Assemblée générale du 16 décembre 1913 par le Comité Directeur.

M. le Président Maurat regrette que la discussion au Conseil général se soit engagée après la seule lecture du rapport du Dr Régis : ce document aurait dû être préalablement communiqué aux membres du Conseil général. Il aurait même été courtois, de la part de ce Conseil, de le communiquer par avance au Comité Directeur de la Caisse des Pensions.

En présence de cette situation, MM. Gassot, vice-président, Maurat et Vimont, membres du Conseil général de l'A. G., manifestent leur intention de donner leur démission de membres du Conseil général de l'A. G.

Le Comité Directeur les approuve vivement et passe à l'ordre du jour.

NÉCROLOGIE

M. le Docteur DUBUISSON

Vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France,
Président du Comité de Vigilance des Congrès des Praticiens,
Député de Châteaulin.

Nous avons le très vif regret d'annoncer la mort du Dr Dubuisson, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux, président des Comités d'organisation et des Comités de vigilance des Congrès des praticiens,

Député du Finistère (Châteaulin) depuis plusieurs législatures, M. Dubuisson n'avait cessé cependant de prendre part au mouvement de défense professionnelle, dont il fut un des champions les plus convaincus, et lui apporta l'appoint de sa grande expérience de vieux parlementaire. Ce fut lui qui fut l'auteur de la première proposition de loi tendant à rendre obligatoire le libre choix du médecin par l'assisté dans l'A. M. G., et reprise récemment par MM. Maître et Gilbert Laurent. Toujours de bon conseil, toujours prêt à donner son concours à une démarche officielle ou officieuse, dévoué au syndicalisme médical et à l'Union des Syndicats, le Dr Dubuisson laissera dans la mémoire de chacun d'entre nous le souvenir d'un excellent homme. Il fut digne de l'affection, du respect et de la reconnaissance de tous les médecins praticiens de France, qu'il s'efforça de défendre pendant tout le cours de sa carrière professionnelle et politique, affection et respect que ceux qui le connurent ne cessèrent de lui témoigner.

Le *Concours médical* perd avec lui un de ses meilleurs amis et adresse à sa famille l'hommage de ses bien sincères sympathies.

J. N.

PROPOS DU JOUR

La limitation des pouvoirs. La nouvelle commission Chéron-Métin.

I

La Chambre des députés, dans une séance mémorable, après avoir instruit son propre procès, a voté un ordre du jour, où elle se dit « résolue à assurer d'une manière plus efficace la séparation des pouvoirs ». Nous ne récriminons pas contre ces bonnes intentions dont le monde politique est pavé, bien que nous sachions ce qu'en vaut l'aune, mais nous aurions été heureux de voir affirmer, à côté de l'assurance de la séparation des pouvoirs, le désir de voir nettement fixer la limitation des pouvoirs.

Or, pendant qu'au Palais-Bourbon les membres du Gouvernement, avec MM. les députés, pratiquaient en famille le lessivage d'un formidable paquet de linge sale, à l'ancien Palais de l'Archevêché, M. Albert Métin, l'actuel Ministre du Travail, procédait à l'installation de la Commission, chargée un peu arbitrairement d'étudier les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales. Quelles sont donc les lois sociales qui vont préoccuper la commission nouvellement instaurée ?

Ce ne seront pas, sans doute, les lois d'hygiène et d'assistance : elles font partie du domaine du Ministre de l'Intérieur ; il ne reste guère à M. le Ministre du Travail, comme lois à l'application desquelles le médecin est appelé à participer, que celles ayant trait à la Mutualité et aux accidents du travail ; ajoutons-y, si vous le voulez, quelques autres, relatives à l'assurance sociale, comme la loi Ribot sur les prêts hypothécaires où le médecin peut être très indirectement appelé à collaborer. Or, dans l'application de ces lois, le médecin, citoyen exerçant une profession libérale et complètement indépendante, doit débattre ses intérêts avec des personnalités ou des collectivités comme les pa-

trons, les Compagnies d'assurances ou les Sociétés de secours mutuels. Nous ne voyons pas sur quelle base, autre que l'arbitraire, peut s'appuyer M. le Ministre du Travail pour réglementer des intérêts entre ces diverses catégories de citoyens indépendants.

Nous prévoyons le tolle général qui s'élèverait si M. le Ministre du Travail, poussé toujours par le même désir de protéger patrons, assureurs et mutualistes, émettait la prétention de faire régler par une Commission de son choix la participation des boulangers, des épiciers, des bouchers, des marchands de vins et des charbonniers à l'application de ces lois sociales. Les accidentés du travail et les mutualistes ont au moins aussi besoin, ou du moins, font encore plus usage de pain, d'aliments, de viandes, de boissons et de combustibles que de soins médicaux. Certes, M. le Ministre ne tarderait pas à apprendre que charbonnier est maître chez lui.

N'est-ce donc pas un réel abus de pouvoir de la part d'un ministre que de faire étudier, par une Commission instituée par sa propre volonté, les rapports d'intérêts que des citoyens libres, exerçant diverses professions, peuvent avoir entre eux. Car là, il ne saurait y avoir à envisager qu'une question d'intérêt et de tarification, et M. le Ministre prié, à diverses reprises, de bien vouloir s'expliquer à ce sujet, a toujours refusé de répondre.

Ce n'est pas tout. Si le souci du Ministre du travail avait été simplement de rapprocher les parties et de concilier dans une sorte d'arbitrage des intérêts différents, il aurait appelé à siéger dans sa commission un nombre suffisant de délégués des médecins praticiens, représentant réellement les médecins praticiens et mandatés par des groupements de praticiens suffisamment importants. Lui, Ministre du travail, qui compte les syndicats médicaux dans son département, aurait fait alors appel à ces syndicats : c'eût été logique ; mais M. le Ministre du Travail voulait une commission docile, destinée à entériner purement et simplement les projets élaborés dans ses bureaux. Aussi a-t-il commencé par composer sa commission, pour les deux tiers, de membres étrangers à la médecine, dont un nombre appréciable de fonctionnaires, et, en bon prince, il a laissé dans le tiers médical, désigné arbitrairement par lui, trois représentants aux Syndicats médicaux. Ces derniers, flairant un piège, et comprenant le rôle ridicule qu'on avait l'intention de leur faire jouer, ont refusé leur collaboration. Un peu gêné par cette abstention des véritables intéressés, M. Albert Métin y a fait allusion dans son discours, à l'installation de la Commission, en ces termes qui masquent l'embarras de ses explications :

... Les membres du corps médical sont ici en nombre suffisant et représentent des spécialisations assez diverses pour pouvoir se répartir entre les sous-commissions. Ils n'étaient que trois d'après les termes primitifs du décret ; ils sont aujourd'hui, en comptant les membres du Parlement, neuf, et il n'a pas tenu à moi qu'ils ne fussent une douzaine. Le vice-président, l'éminent professeur Léon Labbé, sénateur, est des leurs, et j'ai voulu, en désignant Mme la doctoresse Girard-Mangin, que l'élément féminin, qui nous est si utile pour la préparation et la propagande des lois sociales, fût représenté parmi eux.

Les médecins, membres du Parlement, sont des élus de la Nation, qui, sans avoir reçu un autre mandat, ne sauraient prétendre représenter la profession médicale. Certains ne l'exercent plus depuis longtemps et ne l'ont même jamais réellement exercée.

Quant au vice-président, l'éminent professeur Léon Labbé, sénateur, chargé d'années et de gloire, il nous paraît, avec ses quatre-vingts ans bien sonnés, plus apte à entrer vivant dans l'histoire de la chirurgie française qu'à diriger des débats sur des intérêts que sa haute situation chirurgicale, sa fortune et ses études scientifiques ne lui ont jamais permis de soupçonner .

Nous sommes convaincus, du reste, que les médecins de la Commission nourrissent à l'égard des praticiens des sentiments assez confraternels pour ne pas participer, à quelque degré que ce soit, à l'asservissement de la profession médicale.

Evidemment les études de la Commission chargée d'examiner les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales manqueront un peu, dans leurs conclusions, de la valeur et de l'autorité nécessaires auprès des médecins praticiens, les seuls véritablement intéressés. Nous attendons sans émotion la publication de ces travaux, à moins qu'on ait le souci d'en tenir les discussions secrètes, comme cela a été fait pour la première Commission du tarif Dubief, où l'on ne connut que par ouï-dire ce qui s'était passé.

En tous cas, les décisions de M. le Ministre du travail nous paraissent étranges, s'il a, comme il l'affirme, le réel souci de concilier les intérêts en présence. Un ministre républicain nous paraît mal fondé de vouloir, en pareilles cir-

constances, dicter des ordres, et le médecin praticien, jusqu'alors indépendant et parfois même un peu frondeur, n'aime guère à se plier aux *sic volo, sic jubeo,* d'origine administrative, voire même ministérielle.

J. Noir.

II

La fameuse Commission Chéron est enfin nommée. Elle devient, du fait de la signature ministérielle, qui est apposée au bas du décret de nomination, la Commission Chéron-Métin.

Ce décret a paru à l'*Officiel* le 4 avril 1914. Le voici *in extenso.*

Le ministre du travail et de la prévoyance sociale,

Vu le décret du 1er juillet 1913, modifié par celui du 22 août 1913, instituant auprès du ministre du travail et de la prévoyance sociale une commission chargée d'étudier, dans leur ensemble, les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales et de rechercher les mesures les plus propres à sauvegarder les divers intérêts en présence,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres de ladite commission :

MM. le docteur Léon Labbé, sénateur.

Henry Chéron, sénateur.

Guillaume Poulle, sénateur.

Paul Beauregard, député.

Jules-Louis Breton, député.

Le docteur Doizy, député.

Le docteur Gilbert Laurent, député.

Hébrard de Villeneuve, président de section au Conseil d'Etat.

Théodore Tissier, conseiller d'Etat.

Hendlé, préfet du Calvados.

Moullé, préfet de la Somme.

Heutteau, vice-président du conseil supérieur du travail.

Briat, vice-président du conseil supérieur du travail.

Lairolle, député, membre du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Mirouël, membre du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, président de la caisse fédérale mutualiste de Paris.

Le docteur Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'académie de médecine, expert près le tribunal de la Seine.

Le docteur Hartmann, chirurgien des hôpitaux, professeur à la faculté de médecine de Paris.

Le docteur Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, de Paris.

Le docteur Bailliart, docteur en médecine à Paris.

Le docteur Girard-Mangin, doctoresse en médecine à Paris.

Le docteur Brunschwig, docteur en médecine à Besançon

Le docteur Vaudin, ancien président de l'association des syndicats pharmaceutiques de France.

Le docteur Henri Martin, président de l'association des syndicats pharmaceutiques de France.

MM. Malardé, membre du Conseil supérieur du travail, secrétaire adjoint de la fédération nationale des ouvriers et ouvrières des manufactures de tabacs.

Artaud, président de l'Union syndicale des employés de bureaux, de banque et d'assurances.

David-Meunet, président de la Chambre de commerce de Paris, membre du comité de direction de l'union des syndicats textiles.

Jouany, membre de la chambre de commerce de Paris, président du comité central des chambres syndicales.

Ed. Fontaine, directeur du syndicat général de garantie du bâtiment et des travaux publics.

Delmas, directeur de la compagnie d'assurances contre les accidents du travail, la Préservatrice.

Baillat, président de la société de secours mutuels, l'Union du commerce.

Keller, président de la fédération des sociétés de secours mutuels de la Seine.

Delatour, directeur général de la caisse des dépôts et consignations.

Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur.

Durand, directeur de la mutualité.

Brice, directeur des retraites ouvrières et paysannes.

Fontaine, conseiller d'Etat en service extraordinaire, directeur du travai.

James Leclerc, chef du service du contrôle des assurances privées.

Art. 2. — Le docteur Léon Labbé, sénateur, remplira les fonctions de vice-président de la commission

Art. 3. — MM. Picquenard, chef de bureau au

ministère du travail et de la prévoyance sociale, et Arsandaux, docteur en droit, secrétaire du conseil supérieur des retraites ouvrières et paysannes, sont respectivement désignés comme secrétaire et secrétaire adjoint.

Paris, le 2 avril 1914.

Albert MÉTIN.

On remarquera que les *docteurs*, ainsi qualifiés explicitement, dans cette commission, sont au nombre de 12, savoir : 10 docteurs en médecine, un docteur en pharmacie et un docteur en droit. Parmi les docteurs en médecine, trois appartiennent au Parlement, trois au monde enseignant et des hôpitaux ; le Dr Henri Martin, qui est en même temps et avant tout pharmacien, représente les pharmaciens, avec M. Vaudin, que nous supposons docteur en pharmacie, parce que sur les Annuaires, il n'est pas indiqué comme médecin.

Restent donc trois praticiens : M. le Dr BAILLIART, que est *oculiste* (Cf. *Annuaire médical* Roubaud, 1914, p. 277, 10e nom) ; Mme le Dr Nicole GIRARD-MANGIN, reçue en 1909 (*loc. cit.* p. 327, 25e nom), une toute jeune praticienne par conséquent, qui, si l'on s'en rapporte aux articles qu'elle a publiés dans la *Presse médicale*, s'est surtout spécialisée dans les questions d'Assistance ; et enfin, M. le Dr BRUNSCHWIG, de Besançon.

Il paraît que la commission a tenu une première séance, le jour même où la Chambre, avant de se séparer, son mandat expiré, a procédé à ce fameux lessivage, qui ne semble pas avoir redonné à son linge sale l'éclatante blancheur et le sain fleurant bon des définitives purifications.

Attendons-la à l'œuvre, lors de ses prochaines réunions, qui n'auront pas lieu de sitôt, et demeurons toujours sur nos gardes.

G. D.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon : Service de M. le Prof. JABOULAY.

Leçon de M. le Professeur agrégé PATEL

Kyste de l'ovaire (1).

La malade qui fait l'objet de cette leçon est âgée de soixante-deux ans et vient à l'hôpital pour une énorme tumeur abdominale.

On ne note rien dans ses antécédents héréditaires et personnels ; d'ailleurs elle répond très mal aux questions. L'affection actuelle remonte à environ cinq semaines : la malade a ressenti des douleurs assez vives dans l'abdomen, qui s'est distendu peu à peu. On ne trouve rien du côté des appareils digestif, génital et circulatoire, si ce n'est un peu d'œdème des membres inférieurs ; du côté de l'appareil urinaire, les mictions se font avec un peu de difficulté ; elle n'a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Signes physiques. — Examinons cette tumeur abdominale.

Inspection. — L'abdomen est très distendu, il fait une saillie en avant à peu près régulière ; cependant à droite et au-dessus de l'ombilic, on note une saillie supplémentaire. Les flancs ne sont pas étalés, le ventre est en obusier, sans effacement de l'ombilic. Dans la région sous-ombilicale, la circulation collatérale est marquée, les veines sont très dilatées

Palpation. — Cette tumeur intra-abdominale a l'air de s'arrêter en bas au-dessus du détroit supérieur et de remonter en haut jusqu'aux fausses côtes ; latéralement, ses limites sont moins nettes, elle ne plonge pas dans les régions lombaires.

La paroi est très mobile sur les plans profonds ; on sent une sorte de crépitation, de frottement, que nous expliquerons tout à l'heure.

Prenons la tumeur à pleines mains : elle est mobile dans tous les sens et constituée par une masse presque complètement liquide ; la fluctuation est très nette et s'accompagne d'un peu de résistance de la paroi ; certains points sont plus résistants cependant.

Percussion. — Dans les flancs, la sonorité est très nette, surtout à droite ; en avant, on a de la matité.

Auscultation. — Chez une malade de soixante-deux ans, l'auscultation de la tumeur est superflue ; il faut la pratiquer chez les femmes jeunes

(1) Leçon recueillie par M. Naz, interne des hôpitaux.

pour ne pas confondre une grossesse avec une tumeur

Toucher vaginal. — L'utérus est très petit, son col est mince; c'est un utérus sénile plaqué en avant; les culs-de-sac ne sont pas distendus. Si on mobilise la tumeur, l'utérus est entraîné avec elle, mais incomplètement.

Le toucher rectal ne montre rien, les ligaments utéro-sacrés sont intacts.

Si on examine les régions voisines, on voit que les membres inférieurs sont œdématiés; on n'y trouve cependant pas de varices symptomatiques, ni de ganglions

Diagnostic. — A quelle variété de tumeur abdominale peut-on avoir affaire ?

1° Ce n'est pas une hydronéphrose; la tumeur serait rétro-péritonéale et fixée dans la fosse lombaire ; elle causerait des troubles urinaires que ne présente pas notre malade.

2° Est-ce une tumeur de la vésicule biliaire, une hydropisie par obstruction calculeuse du cystique ? Non, la tumeur serait en ce cas plus superficielle, elle aurait un pédicule la rattachant au foie; ses parois ne seraient pas si dures et on observerait des troubles hépatiques.

3° Les kystes du mésentère sont bien des tumeurs médianes projetées en avant, mais avec une allure autre; leur paroi est moins résistante, et en distendant les deux feuillets du mésentère, ces kystes provoquent des troubles de la circulation intestinale et des douleurs très vives par tiraillement du système sympathique.

4° On ne peut penser à une tumeur d'ordre péritonéal ou à une péritonite ascitique. Il est des cas où on peut hésiter entre un kyste de l'ovaire et une péritonite tuberculeuse, mais la tuberculose péritonéale est rare à soixante ans; elle se présente avec une paroi abdominale plus œdématiée, elle est moins mobile sur les plans profonds et s'accompagne de signes généraux.

Il faut se rallier à l'idée d'une tumeur de l'appareil génital ; mais appartient-elle à l'utérus ou aux annexes ?

Il n'existe pas de tumeurs liquides de l'utérus qui ne peut présenter que des tumeurs solides ; le fibrome donne les mêmes signes physiques que l'affection de notre malade; il peut paraître indépendant de l'utérus et devenir kystique; mais c'est un kyste moins volumineux, rattaché par un large pédicule avec l'utérus ; le toucher vaginal permet de sentir les mouvements imprimés à la tumeur et transmis au col.

Il faut songer à une tumeur de l'ovaire. Les tumeurs de l'ovaire sont très fréquentes, elles prennent un développement exagéré et sont indépendantes de l'utérus ; nous concluons donc à unkyste de l'ovaire.

On peut se demander quelle est la situation anatomique de ce kyste, s'il est intraligamentaire ou s'il est relié à l'utérus par le pédicule utéro-ovarien.

Le kyste intraligamentaire est en général moins volumineux, il est très mince et ne donne pas la sensation de résistance que nous avons ici ; il comporte des signes de compressions vasculaires et nerveuses. Au toucher vaginal, on sent une tumeur plaquée contre l'utérus, distendant le cul-de-sac latéral ; au toucher rectal, le ligament utéro-sacré est dédoublé ; chez notre malade, nous n'avons pas affaire à cette variété, mais à un kyste pédiculé.

Quelle est la nature de ce kyste ? Est-ce un kyste dermoïde de l'ovaire ? Je ne le crois pas : le kyste dermoïde, rarement si volumineux, est très lourd et tombe dans le pelvis, causant des troubles de compression très précoces.

C'est sans doute un kyste simple; il a un pédicule qui le rattache à la paroi abdominale postérieure; sa paroi est dure, épaisse, résistante; il contient du liquide séreux ou légèrement hémorragique. Nous pensons que ce kyste est multiloculaire, et composé d'un gros kyste entouré d'une multitude de petits.

Evolution. — Cette tumeur ne s'est pas développée en cinq semaines comme le dit la malade; elle évoluait déjà auparavant, elle a augmenté rapidement de volume à la suite d'un accident, d'un effort qui a déterminé une hémorragie.

Les frottements que l'on sent en palpant la tumeur sont dus à de la péritonite localisée, mécanique.

L'évolution de ces tumeurs de l'ovaire est plus bénigne qu'on ne croit ; des malades supportent des kystes volumineux très lourds, en présentant seulement un peu d'œdème des membres inférieurs.

Les tumeurs énormes ne se tordent pas, elles sont fixées par des lésions de péritonite mécanique et elles n'ont pas assez de place dans la cavité abdominale pour pouvoir se déplacer.

Nous pouvons craindre l'*infection* : elle se voit surtout pour les petits kystes et se fait par voie sanguine ou par voie intestinale et atteint de préférence les kystes dermoïdes.

Chez notre malade, il faut surtout redouter l'accroissement de la tumeur à la suite d'un effort, d'une hémorragie : elle deviendrait gênante.

La dégénérescence est possible; le petit kyste ne dégénère pas, mais les grands kystes deviennent souvent cancéreux, le péritoine est pris et la malade meurt avec des phénomènes cachectiques.

Traitement. — Le traitement du kyste de l'ovaire est connu depuis très longtemps ; on a d'abord employé des moyens à rejeter : la ponction suivie, chez quelques auteurs, d'une injection de liquide modificateur ; la poche n'est pas enle-

vée, le liquide se reforme et les complications sont toujours possibles, surtout la péritonite si le liquide s'infecte. La ponction peut rester un moyen d'urgence, mais il ne faut pas la pratiquer systématiquement.

Ovariotomie. — Actuellement, on pratique l'ovariotomie, opération des plus simples et des plus bénignes, qui comprend les temps suivants :

1° On fait une laparotomie médiane sous-ombilicale ;

2° On ouvre le péritoine en faisant attention qu'il n'y ait pas d'intestin adhérent ; on agrandit l'incision jusqu'à dépasser les limites de la tumeur.

Les uns disent qu'il faut ponctionner la tumeur pour la réduire de volume et la faire passer par une incision plus petite, les autres conseillent de l'enlever en bloc pour éviter d'infecter le péritoine ; cette manœuvre est recommandée dans les cas de kyste multiloculaire. Lorsqu'on rencontre un gros kyste comme celui-ci, je crois qu'on peut vider la poche pour faciliter la tâche.

3° Les adhérences sont très dangereuses, elles se font avec la paroi abdominale, surtout s'il y a eu des ponctions ; la paroi est dépéritonisée et on peut rompre le kyste. Les adhérences de l'épiploon sont fréquentes, mais les plus ennuyeuses sont celles de l'intestin grêle et du gros intestin ; il ne faut pas blesser l'intestin parce qu'on serait obligé de faire des sutures ou une résection. On sectionne les adhérences le plus loin possible de l'intestin, en enlevant plutôt un peu de la paroi du kyste. Si le kyste est intraligamentaire, les adhérences sont mauvaises, l'S iliaque passe en écharpe sur la tumeur.

Les adhérences avec la vessie se décollent facilement ; il faut toujours se méfier de la veine iliaque externe et de l'uretère.

Lorsque la tumeur est pédiculée, on fait la ligature en chaîne du pédicule.

Il faut toujours s'assurer de l'état de l'autre ovaire ; les kystes doubles ne sont pas rares et, chez une femme de soixante ans, on ne doit pas hésiter à enlever l'un et l'autre.

5° On referme complètement le péritoine ; il ne faut jamais drainer ces malades, même si la tumeur s'est ouverte dans la séreuse.

Pronostic. — Les suites sont en général très bonnes ; on peut observer dans les quarante-huit premières heures une sorte de distension de l'abdomen, qui se ballonne ; c'est que, lorsqu'on a enlevé une tumeur volumineuse, l'intestin comprimé reprend sa place : c'est une distension paralytique de l'intestin.

En général on obtient la guérison en une quinzaine de jours (1).

(1) La malade a été opérée : comme il avait été prévu, la guérison s'est effectuée en quinze jours.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement des eschares par l'enfumage iodé. — S'inspirant des résultats obtenus sur les plaies chirurgicales par Longe et l'Ecole de Marseille, Paul Courbon préconise l'enfumage iodé des maux perforants et des lésions de décubitus observées dans les démences et les affections organiques du système nerveux.

Un morceau de coton, enroulé au bout d'une baguette de bois et plongé dans de la poudre d'iodoforme, est passé dans une flamme jusqu'à production de vapeurs violettes d'iode naissant, qui sont aussitôt rabattues au moyen d'un verre à urine sur la plaie, la baguette étant tenue à un centimètre au-dessus de cette plaie. On ne s'arrête que lorsque la surface sphacélée est desséchée et tapissée d'une poussière d'un gris bleuté, à reflets métalliques.

La cicatrisation des lésions se fait avec une rapidité remarquable. Aucun inconvénient.

P. Courbon (d'Amiens). (*Bullet. de la Soc. cliniq. de méd. mentale.*)

Une médication hypotensive phyto-chimique. — Elle est réalisée par l'association du cratœgus oxycantha (aubépine), qui exerce une action sédative sur le système nerveux cardiaque et vasculaire et de la thiosinamine (ou fibrolysine), qui agit sur la sclérose artérielle.

On donne, le matin, une pilule ou un cachet de 5 centigrammes de thiosinamine française, remplaçable, dans les cas urgents, par l'injection hypodermique pratiquée tous les deux jours, de la même dose, et l'on fait prendre, aux repas de midi et du soir, quinze gouttes de teinture de cratœgus au cinquième.

La médication est à continuer pendant longtemps. Tous les hypertendus et scléreux, qui ont eu ou non des accidents, en bénéficient. Il n'y a pas de contre-indication.

(L. Rénon, *Soc. de thérap.*)

Traitement local de l'angine et de la stomatite de Vincent par le « 606 ». — On saupoudre de « 606 » la surface des ulcérations : l'enduit putrilagineux disparaît presque aussitôt. Le traitement est indolore et ne présente pas de contre-indication.

(Flandin, *Soc. médic. hôpit.*).

L'opothérapie pinéale dans l'arriération mentale. — Le traitement épiphysaire, en injections,

a donné des résultats fort intéressants chez les enfants arriérés.

(LÉOPOLD-LÉVI. *Soc. de biolog.*).

L'opothérapie hypophysaire dans le diabète insipide. — Un nouveau cas, typique, vient s'ajouter à ceux de Farini, von den Walden, Römer.

Un malade infantile, chez lequel on retrouve les symptômes,— sauf la glycosurie — et les accidents du diabète sucré, est traité par les injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire (1/2 lobe postérieur d'hypophyse de bœuf, chaque fois). Après chaque injection, le volume, l'aspect, la densité des urines redeviennent normaux pour 24 heures environ.

Résultat tout à fait précis et constant, mais fugace.

(LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU, *Soc. médic. hôp.*)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iode. — Admettant que l'iode représente la médication héroïque de la tuberculose et qu'en agissant avec prudence, on peut progressivement pousser son administration jusqu'à des doses fort élevées, L. Boudreau obtient des résultats remarquables en donnant jusqu'à 300 ou 350 gouttes de teinture d'iode du Codex, par jour, à condition que cette dose totale soit prise par doses aussi fractionnées que possible ; on peut d'ailleurs, après accoutumance, absorber 25 à 50 gouttes de teinture d'iode par verre, sans malaise aucun.

(L. BOUDREAU. *Journ. de médec. de Bordeaux.*)

Formule de pommade contre le coryza.

Baume du Pérou	0 gr. 60
Lanoline	5 gr.
Vaseline	10 gr.

Mettez dans un tube d'étain.

A employer, le plus près possible du début du rhume, couché sur le dos, l'extrémité du tube bien enfoncée dans la narine.

Dr A. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur la guérison dite spontanée de la tuberculose rénale.— Névralgie faciale guérie par ablation d'une dent de sagesse. — Drainage translunaire dans le traitement des arthrites suppurées du poignet. — La radiumthérapie du cancer. — Le hoquet post-opératoire chez les urinaires. — Radiographie des calculs biliaires.

M. LE FUR présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un rapport sur un travail de M. PILLET (de Rouen) intitulé : *Sur la guérison dite spontanée de la tuberculose rénale.*

Le Dr Pillet nie la possibilité d'une guérison anatomique de la tuberculose rénale. Il expose l'observation d'un de ses malades chez lequel se produisit un processus de guérison de la tuberculose rénale bien connu et souvent cité : l'oblitération de l'uretère. Mais il fait des réserves sur l'avenir de ce rein apparemment guéri, qui peut, dit-il, suppurer sur place et évoluer à la manière d'un abcès froid. M. Pillet signale également un cas personnel du second processus de guérison spontanée de la tuberculose du rein : la crétification des lésions localisées. Cette guérison lui paraît également précaire, d'autres lésions pouvant rester en évolution.

M. Le Fur estime que les deux cas de M. Pillet n'en montrent pas moins, malgré l'avis de l'auteur, la possibilité de la guérison spontanée de la tuberculose rénale. Celle-ci est rare, tout en restant réelle.

— M. Robert SIÉGEL présente, à la *Société des chirurgiens de Paris*, une observation *de névralgie faciale guérie par ablation d'une dent de sagesse incluse dans le maxillaire inférieur.*

La malade souffrait depuis 7 ans de névralgies faciales pour lesquelles elle avait suivi de nombreux traitements sans résultat. Le chirurgien-dentiste qu'elle consulta, M. Valadier, songeant à la possibilité d'une évolution anormale d'une dent de sagesse, fit faire une radiographie qui montra une dent incluse dans le maxillaire, derrière la dernière molaire.

Sous l'anesthésie locale à la novocaïne, M. Siegel disséqua la gencive et attaqua l'os avec le tour électrique et une série de fraises. La dent fut isolée et enlevée au davier. A la suite de l'intervention, les névralgies disparurent.

L'auteur met en relief plusieurs points de cette observation : l'utilité de la radiographie, l'intérêt de l'anesthésie locale, et la supériorité du tour dentaire et des fraises sur le ciseau et le maillet chirurgical pour les opérations de genre.

— M. CHAPUT préconise, à la *Société de chirurgie*, le *drainage translunaire dans le traitement des arthrites suppurées du poignet.*

L'arthrite aiguë suppurée du poignet, dit M. Chaput, est une affection très grave qui se termine le-

plus souvent par l'amputation ou la mort. L'incision simple de la capsule est insuffisante, et la résection totale du massif carpien, conseillée par M. Morestin, ne donne pas des résultats très satisfaisants dans la plupart des cas. M. Chaput a obtenu de bons effets par une opération économique consistant dans l'ablation du semi-lunaire suivie de drainage antéro-postérieur du poignet, par la brèche ainsi créée.

M. Broca conteste l'opinion de M. Chaput sur la gravité de l'arthrite suppurée du poignet. On ne saurait dire, même chez l'adulte, qu'elle se termine par l'amputation ou par la mort.

M. Quénu insiste sur un petit point de pratique relatif au traitement des poignets atteints de suppuration. Il pense qu'avant de songer à une opération importante, il est bon d'immobiliser complètement les articulations carpiennes et radio-carpiennes à l'aide d'un appareil plâtré : non seulement l'immobilisation rigoureuse calme les douleurs, mais elle réduit la suppuration et permet parfois d'éviter une opération d'exérèse.

M. Chaput partage l'avis de M. Quénu concernant la valeur antiphlogistique de l'appareil plâtré. Récemment, il a fait cesser ainsi la fièvre d'une malade atteinte d'arthrite suppurée du genou, fièvre qui persistait malgré l'arthrotomie.

— MM. Legueu et Chéron rapportent à la *Société de chirurgie* une observation de *cancer urétro-vaginal inopérable guéri par la radiumthérapie.*

Il s'agit d'une jeune fille de 26 ans atteinte de cancer de la cloison urétro-vaginale. La lésion était très étendue et considérée comme inopérable. C'est dans ces conditions que M. Chéron tenta les applications de radium, en introduisant dans la tumeur, la malade étant sous le chloroforme, un tube contenant cinq centigr. de sulfate de radium. L'application dura vingt heures. Ultérieurement, deux autres applications furent faites dans l'urèthre.

Le résultat fut une disparition complète de la néoplasie dont on ne trouva plus aucune trace, en même temps que l'état général devenait florissant. Deux ans et demi plus tard, la malade, voulant se marier, réclama une opération pour être débarrassée d'une incontinence d'urine. Opérée par M. Legueu (double implantation des uretères dans l'intestin), elle succomba à la suite de l'intervention. L'autopsie fit constater la guérison complète du cancer.

Cette observation montre, dit M. Legueu, que la radiumthérapie peut quelquefois donner des résultats cliniquement et histologiquement complets. Peut-être les succès tiennent-ils à une question de technique ?

M. Savariaud signale le cas d'une de ses malades, atteinte d'une tumeur maligne inopérable du col, qui fut traitée par le radium et dont la guérison apparente date actuellement de dix-huit mois.

M. Thiéry a été longtemps sceptique quant aux propriétés curatives du radium sur le cancer. Il lui semble aujourd'hui indiscutable que la radiumthérapie a une action efficace dans le cancer. Cette action peut-elle aller jusqu'à la guérison ? c'est là le point à résoudre.

M. Monod verse aux débats une observation de cancer du col où l'amélioration obtenue se maintient depuis trois ans.

M. Potherat a vu des tumeurs malignes, dans lesquelles des tubes de radium avaient été introduits 10, 12, 15 et même 24 heures, à une ou plusieurs reprises, subir des transformations remarquables, des régressions surprenantes. Mais, jamais encore, il n'a vu de guérison complète.

M. Demoulin cite deux faits où, après une disparition locale du cancer, il se produisit ultérieurement des récidives à distance mortelles. L'action du radium, merveilleuse sur certains néoplasmes malins, n'empêche pas les récidives à distance.

M. Pierre Delbet pense également que le radium est un merveilleux agent, mais son action reste locale, bien plus locale que celle d'une opération habilement conduite ; elle n'atteint pas, en particulier, les ganglions. D'ailleurs, une thérapeutique locale ne peut pas être la thérapeutique idéale du cancer.

On obtenait autrefois, par les larges grattages suivis de cautérisations énergiques, des résultats parfois surprenants. La radiumthérapie agit dans un sens analogue, plus simplement et plus élégamment, il est vrai.

La malade de M. Legueu était-elle guérie ? M. Delbet ne croit pas que la démonstration en ait été donnée. Cette démonstration nécessiterait des coupes histologiques extrêmement nombreuses du bassin. La preuve véritable de la guérison d'un cancer est la survie très prolongée du malade.

M. Legueu considère que si l'on peut discuter le cas dont il a parlé, il n'en est pas moins un exemple de guérison anatomique du cancer.

— M. Marion fait à la *Société de chirurgie* une communication sur la *signification du hoquet post-opératoire chez les urinaires.*

On voit de temps en temps, dit l'auteur, un malade atteint d'une affection des voies urinaires, à l'occasion de laquelle une intervention a été pratiquée, être pris de hoquet dans les jours qui suivent l'opération.

M. Marion estime que ce trouble doit être rattaché, dans la grande majorité des cas, à l'azotémie. Il semble qu'il existe une corrélation étroite entre l'évolution du hoquet et l'évolution de l'azotémie. D'autre part, tandis que les antispasmodiques échouent contre cet accident, la diète hydrique réussit généralement à le faire disparaître. Le hoquet des intoxications et des auto-intoxications est, d'ailleurs, connu.

M. Legueu pense également que l'azotémie commande ici le hoquet, sans être son seul facteur causal.

M. Bazy n'a observé qu'un seul cas de hoquet de ce genre, qui persista huit jours et s'arrêta tout à coup, spontanément.

✦✦✦

M. Auvray a vu un hoquet très violent se développer à la suite d'une opération sur le cou pour abcès ganglionnaire. Il dura huit jours et huit nuits et cessa le huitième jour. On le traita, sur les conseils du professeur Raymond, par des injections de morphine sur le trajet du nerf phrénique.

Ces hoquets ont une signification différente de celle qui s'attache aux hoquets consécutifs à des interventions abdominales.

— M. A. Gosset présente à la *Société de chirurgie trois radiographies de calculs biliaires.*

Ces trois radiographies, prises par M. Ledoux-Lebard chez une même malade, montrent l'ombre polygonale d'un calcul biliaire que M. Gosset enleva ultérieurement.

M. Gosset estime que la recherche radiographique des calculs biliaires devrait être faite systématiquement. Souvent, le résultat sera négatif en raison de la composition chimique de certains calculs. Mais le résultat positif est possible.

M. Mauclaire a publié, en 1903, un cas, qu'il croit être le premier, de radiographie positive de calcul vésiculaire. Depuis, il n'a pu en retrouver.

P. L.

THÉRAPEUTIQUE D'URGENCE

Les corps étrangers des voies digestives supérieures.

Les corps étrangers des voies digestives supérieures (bouche, pharynx, œsophage) se rencontrent surtout chez les enfants, en raison de l'habitude qu'ils ont de porter à la bouche et d'y conserver, parfois longtemps, tous les objets qui leur tombent sous la main. Si le corps étranger possède un volume inférieur à celui de la bouche, il y disparaît complètement et si, pendant ce séjour, l'enfant a une frayeur, une quinte de toux, part d'un éclat de rire, le corps étranger est dégluti. Chez l'adulte, le corps étranger est souvent introduit avec les aliments (os de poulet, de lapin, etc.), Plus rarement, la déglutition du corps étranger est volontaire (aliénés, hystériques).

L'introduction a lieu généralement par les voies naturelles. La pénétration par effraction est rare chez l'enfant. On la rencontre chez l'adulte (balles de revolver).

Les objets déglutis sont de variété infinie (fragments d'os, pièces de monnaie, billes, sifflets, cailloux, — chez l'adulte, les pièces de prothèse dentaire, etc., etc).

La forme et la volume des corps étrangers ne permettent pas d'en préciser le siège. Tel corps étranger volumineux traversera facilement les voies digestives supérieures, s'il a des bords mousses, tandis qu'un corps étranger anguleux, pointu, tranchant, mais de volume beaucoup moindre, pourra être arrêté dans le pharynx, le naso-pharynx ou au niveau de l'un des rétrécissements de l'œsophage

Corps étrangers de la bouche. — Ce sont en général des épingles, des arêtes de poisson qui s'implantent soit dans la langue, soit plus souvent dans la voute palatine, le voile ou ses piliers. Leur diagnostic et leur extraction sont en général faciles, car on opère sous le contrôle de l'œil en milieu bien éclairé.

Corps étrangers du pharynx. — Le voile du palais divise le pharynx en deux étages : le naso-pharynx en haut et le pharynx laryngé en bas.

Corps étrangers du naso-pharynx. — Les corps étrangers y pénètrent soit par la voie nasale, soit par la voie pharyngienne. Par la première pénètrent des corps de petites dimensions (haricots, boutons, etc.); la voie pharyngienne peut livrer passage à des corps assez volumineux provenant soit de la bouche, soit de l'œsophage. Sous l'action d'un éclat de rire, d'un effort nauséeux, le corps étranger franchit l'obstacle et vient se loger dans le pharynx nasal. L'organe étant très tolérant, on ne découvre souvent le corps du délit que plusieurs jours après son introduction, quand apparaissent, avec la voix nasillarde, des phénomènes d'inflammation et de suppuration. On ne procèdera à l'extraction qu'après avoir établi un diagnostic précis. C'est par le nez, le méat inférieur, qu'on interviendra utilement pour les déplacer, les les mobiliser, à l'aide d'une pince courbe ou d'une sonde et les faire tomber dans l'arrière-bouche où l'index gauche les atteindra pour les faire basculer au passage et éviter leur chute dans l'œsophage ou la glotte. Parfois, à l'aide d'une irrigation poussée dans l'un des fosses nasales, on obtiendra le même résultat.

Corps étrangers du pharynx laryngé. — La présence des corps étrangers dans cette région provoque parfois des accidents redoutables. En effet, au moment où se produit le phénomène de la déglutition, le pharynx, sous l'action d'un réflexe, s'élève au-devant du bol alimentaire. Cette manœuvre provoque au même instant la fermeture de la glotte, le bol passe ainsi, sans inconvénient, devant les voies respiratoires supérieures et s'engage dans l'œsophage. Mais s'il s'agit d'un bol alimentaire trop volumineux (morceaux de viande non mastiqués, quartiers de fruits) ou d'un corps étranger à angles aigus, présentant des aspérités, il y a production d'un arrêt dans le mouvement de déglutition et le corps étranger vient obstruer plus ou moins complètement l'orifice supérieur du larynx et l'extrémité supérieure de l'œsophage. Mais cette obstruction ne peut durer qu'un temps très court, sinon le patient suffoque, fait de violents efforts, pour expulser le corps étranger. Sa face rougit et se cyanose ; parfois un effort encore plus violent que les précédents amène l'expulsion du corps étranger ; d'autres fois les accidents de suffocation se prolongent et peuvent, si on n'inter-

vient pas utilement, se terminer par la mort. Si l'obturation des voies respiratoires est incomplète, il peut se produire, surtout chez l'adulte, une période de tolérance plus ou moins longue, laissant le temps au praticien d'intervenir utilement. Le séjour des corps étrangers à ce niveau provoque souvent des complications telles que la perforation du pharynx, la production d'abcès. Le diagnostic est facile au moyen du miroir frontal et du miroir laryngé et par l'examen digital. S'il y a urgence, le diagnostic établi tant bien que mal, le médecin doit chercher à enlever le plus rapidement possible cet obstacle. Pour cela, il peut se servir des doigts, d'une pince agissant sous le contrôle du miroir, d'une tige de fortune dont il recourbe l'extrémité en crochet. S'il ne réussit pas, la trachéotomie s'impos

S'il y a tolérance, l'examen n'est fait que plus ou moins longtemps après l'accident. Celui-ci est alors plus facile ; mais il arrive que l'objet ne soit pas perçu, inclus qu'il est dans les parties molles enflammées, œdématiées. La difficulté est alors considérable et il y a lieu de surveiller de près la malade, d'inciser l'abcès qui pourra se former et de vérifier après l'incision, avec la sonde cannelée ou un stylet, s'il n'y a pas de corps étranger dans la cavité ; s'il en existe, on l'extirpe à la pince après avoir badigeonné le trajet de l'incision à la cocaïne .

L'expulsion par la bouche, la propulsion dans l'estomac, l'extraction par les voies naturelles, sont les procédés de choix.

Corps étrangers de l'œsophage. — L'œsophage est un tube rectiligne dont le calibre n'est pas uniforme. Il présente en effet quatre rétrécissements échelonnés. Le supérieur répond à l'extrémité cervicale de l'œsophage au niveau du cartilage cricoïde : c'est le plus étroit ; le second se trouve au point de croisement de l'organe avec l'aorte ; le troisième au croisement de la bronche gauche flanquée de ses ganglions ; le quatrième coïncide avec la traversée du diaphragme. C'est au niveau de ces points que sont presque toujours arrêtés les corps étrangers qui y séjournent.

Il y a lieu tout d'abord de se renseigner sur la nature et le siège du corps étranger, en un mot de s'assurer de sa présence

Symptômes.—Les symptômes initiaux sont identiques à ceux que nous avons signalés pour le pharynx. Cependant, ce qui frappe avant tout, chez l'enfant, c'est l'absence de réaction bruyante. Quand le corps étranger s'efface contre la paroi de l'œsophage, la déglutition des solides et des liquides est possible ; mais s'il vient à se déplacer et à obturer la plus grande partie de la lumière du canal, la déglutition des liquides est encore possible, mais celle des solides présente des difficultés plus ou moins considérables. Chez l'adulte, après la disparition de la douleur et de la sensation d'étranglement qui se produit au moment où le corps étranger franchit le détroit cricoïdien, tout semble rentrer dans l'ordre. Plus tard, quand le corps est fixé, il manifeste sa présence par une douleur plus ou moins vive, siégeant en arrière du sternum. Les tentatives de déglutition réveillent plus ou moins cette douleur ; la dysphagie est plus ou moins accusée. Plus tard encore, le malade rejette quelques fragments d'aliments putrides, son haleine devient fétide. La stase de parcelles alimentaires au niveau du corps étranger et le traumatisme de la paroi ont provoqué une ulcération

Le séjour plus ou moins prolongé d'un corps étranger dans l'œsophage peut provoquer de la compression du pneumogastrique (dyspnée, ralentissement du pouls) ou du récurrent gauche (aphonie). Ces lésions sont en général passagères et disparaissent peu après l'énucléation du corps étranger

Parmi les complications à redouter, nous signalerons les perforations, les phlegmons périœsophagiens, médiastinaux, les fistules trachéo-œsophagiennes et enfin les hémorragies par perforation d'un vaisseau œsophagien ou de l'aorte.

Pronostic. — Le pronostic sera toujours réservé, en raison des complications que nous avons indiquées plus haut et de celles qui peuvent se produire après l'expulsion facile du corps étranger (abcès, etc.)

Diagnostic. — Les différents symptômes énumérés ne peuvent permettre de faire un diagnostic précis. Le corps étranger, malgré la douleur rétro-sternale persistante, peut être tombé dans l'estomac. Le diagnostic ne peut être fait que par une exploration attentive et minutieuse de l'œsophage. Trois procédés sont utilisés pour cela : le cathétérisme, la radiographie et l'œsophagoscopie.

Avant de procéder au cathétérisme, palpez le cou sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, surtout à gauche, où l'œsophage est plus accessible. Entourez la trachée avec la main droite, le pouce à droite, les quatre doigts à gauche et appuyez l'extrémité des doigts vers la colonne vertébrale : s'il y a un corps étranger dans l'étage supérieur de l'œsophage, vous aurez la sensation d'une induration mal limitée.

Cette indication n'aura toutefois toute sa valeur que lorsqu'elle aura été contrôlée par une des méthodes d'exploration déjà indiquées

Le cathétérisme œsophagien se pratique soit à l'aide du résonateur de Duplay, soit à l'aide du cathéter spécial à olives. Si l'on ne possède ni l'un ni l'autre de ces instruments, on peut à la rigueur se servir d'un tube de Faucher, manié avec prudence. Introduit dans l'œsophage, il vous donnera la sensation d'un barrage, d'un obstacle, laissant passer à frottement plus ou moins dur le tube explorateur. Mais le cathétérisme reste encore un moyen assez infidèle et il y a lieu, si la tolérance du sujet le permet, de compléter l'examen soit par la radiographie, si l'on soupçonne un corps étranger métallique (pièce de monnaie, pièce de prothèse, etc.), soit par l'œsophagoscopie directe.

Traitement.— Le diagnostic posé, comment débarrasser le patient ? Chez l'enfant, on pourra utiliser un

procédé de douceur préconisé par Félizet. Il consiste à pratiquer le cathétérisme avec une sonde à béquille n° 18. Le contact une fois effectué, imprimez à la sonde des mouvements de rotation qui l'insinuent de proche en proche jusqu'au delà de l'obstacle jusqu'à l'estomac.

Injectez alors avec une seringue à hydrocèle 200, 300, 500 grammes d'eau boriquée tiède suivant l'âge de l'enfant et retirez doucement la sonde. L'œil latéral de celle-ci accroche presque toujours le corps étranger et, l'irrigation aidant, celui-ci est mobilisé. Un effort de vomissement terminera l'ouvrage et vous ramènerez le corps étranger fixé dans l'œil de la sonde.

Les instruments les plus usités pour extraire les corps étrangers sont le crochet de Kirmisson, le panier de De Graefe, le crochet à bascule de Collin ou les pinces œsophagiennes de Berger.

« En dépit de ses apparences, un peu inquiétantes, dit Lejars, le panier de De Graefe est l'instrument de choix, pour la plupart des corps étrangers et surtout pour les pièces de monnaie. Il est dangereux sans doute, il déchire la muqueuse, il s'accroche au larynx, entre des mains novices que la crainte rend brutales et qui veulent faire de l'extraction je ne sais quel tour prestigieux. Conduit méthodiquement, sans hâte, le panier est excellent.

« Introduisez-le sur l'index gauche, qui lui sert de guide, aussi bas que possible, descendez jusqu'au contact du corps étranger, que vous sentez, que vous heurtez, et cherchez à passer dessous en inclinant la tige, en vrillant un peu. Dès que vous aurez la sensation d'avoir chargé la pièce de monnaie, tirez en haut, en vous tenant aussi exactement que possible dans la ligne médiane, d'un mouvement rapide et continu, sans hésitation, sans brusquerie. Etes-vous arrêté, ne forcez pas, tirez un peu obliquement à droite, à gauche, et si rien ne bouge, abaissez un peu le panier, dégagez-le et rechargez le corps étranger . C'est en haut, à l'entrée du pharynx, qu'il faut accélérer le dernier temps et achever d'un seul coup le dégagement final.

« Quand on a affaire à un corps métallique dur, qui sonne au contact du panier, on ne court aucun risque en suivant les précautions nécessaires, c'est-à-dire en ne cherchant pas à soulever, avant d'avoir bien reconnu. Les corps mous fournissent des sensations beaucoup plus vagues. Parfois aussi le panier accroche le cricoïde, s'arc-boute et s'immobilise au-dessous de lu

« Les corps arrondis ou cylindriques, les noyaux, les pièces dentaires, etc., se prêtent mieux à l'extraction avec la pince, une bonne pince œsophagienne, faut-il ajouter qu'on n'ouvre qu'au contact du corps étranger, qu'on ne ferme et qu'on ne tire qu'après avoir réalisé une large et solide prise. Il est rare qu'on y parvienne au premier essai ; on recommence patiemment en se disant bien que ce premier temps est le temps capital et que d'un bon amarrage dépend une extraction aisée. »

Il arrive parfois que le corps étranger, mobilisé par les manœuvres précédentes, soit propulsé dans l'estomac. Si c'est un corps à surface lisse, à contours arrondis, la chose est sans importance, car il sera expulsé naturellement dans les selles sans risque de blesser l'intestin

Si l'on ne sait rien de la nature exacte du corps étranger et de sa configuration extérieure, la propulsion peut être dangereuse, car elle est aveugle ; s'il s'agit d'un corps à arêtes vives, pointu, tranchant, celui-ci pourra ultérieurement blesser l'estomac et l'intestin. Si au contraire, il s'agit de noyaux, de bol alimentaire volumineux, de pièces de monnaie dont l'extraction par la bouche échoue après plusieurs tentatives, il est utile de pratiquer le refoulement dans l'estomac. Pour cela, une sonde œsophagienne ou un cathéter à boule suffisent. Mais il faudra procéder avec méthode, doucement, progressivement sans provoquer un tassement qui pourrait faire éclater le conduit.

Il est bon, dans l'intérêt du malade, si les phénomènes dyspnéiques n'en imposent pas, de ne pas prolonger et renouveler les tentatives d'extraction.

Parfois, on se trouvera bien, surtout chez les enfants, de quelques bouffées de chloroforme qui détruiront tout spasme de l'organe. Parfois, il sera préférable de remettre au lendemain une nouvelle tentative. Pendant ce temps, on alimentera le malade avec des substances liquides, potages avec jaune d'œuf, bouillies claires, etc.

L'œsophagoscopie par vision directe permet l'extraction du corps étranger sous le contrôle direct de la vue. Les résultats de cette méthode sont remarquables, mais elle reste encore, en raison de ses difficultés d'application, du domaine des spécialistes. La radiographie permet de fixer exactement la situation d'un corps étranger métallique ou osseux ; la radioscopie permet en outre de procéder à l'extraction, sous le contrôle de l'écran, de voir progresser l'instrument libérateur et de suivre pas à pas les différents temps de l'extraction.

En cas d'insuccès complet de ces différentes méthodes, on pourrait avoir recours à l'œsophagotomie externe ; mais l'indication en est fort rare, et le mieux sera de s'adresser à un chirurgien de carrière. Si le corps étranger est situé très bas, la gastrotomie devient l'opération indiquée.

Docteur Delpeut.

MATIÈRE MÉDICALE

Considérations sur la nature des principes actifs de la valériane. Quelle préparation choisir ?

Au nombre des antispasmodiques vrais, c'est-à-dire antispasmodiques, parce que toniques de la cellule nerveuse, ce qui la rend moins irritable,

moins sensible aux excitations — le bromure agit d'une façon contraire —, la valériane vient en bonne place. Faire l'histoire de la drogue nous semble superflu. Il suffit, croyons-nous, de rappeler que l'on n'emploie que les parties souterraines (rhizomes et racines) de la *Valeriana officinalis*, plante commune chez nous dans les lieux frais (bois humides, bord des eaux) et cultivée, en certains pays, pour l'usage de la droguerie.

Les parties souterraines de la valériane ne doivent pas être récoltées indifféremment en toute saison. Pour obtenir un produit de choix, il est nécessaire d'attendre l'automne et de ne s'adresser qu'à des plantes de plus d'un an. Si l'on a coupé les rameaux au printemps, de façon à empêcher la floraison, la qualité n'en serait que meilleure. Meilleure aussi est-elle quand la drogue est fournie par des valérianes croissant aux lieux secs.

A l'état récent, rhizomes et racines de la valériane officinale ne sentent rien, mais par la dessiccation, ces parties acquièrent une odeur spéciale, caractéristique, que les uns trouvent fétide et repoussante et que d'autres se contentent de comparer à celle qu'aurait un mélange de camphre et de térébenthine. La production de l'odeur paraît liée à celle d'une essence qui ne préexiste pas dans la drogue, puis, en second lieu, à celle d'un acide que Trommsdorff, dès 1832, a désigné sous le nom d'acide valérianique. C'est ce corps qui donne à l'eau distillée de valériane sa réaction acide. Lui, non plus, n'existe pas tout formé dans la racine fraîche ; il se produit par saponification d'un des principes de l'essence, le valérianate de bornyle, saponification qui se fait avec le temps ou, plus rapidement, au cours de la distillation. Ce que nous disons là laisse à entendre que l'odeur de la racine sèche est sujette à variations, d'autant plus désagréable qu'elle est plus ancienne, c'est-à-dire plus riche en acide valérianique, alors qu'elle devient de moins en moins active, comme nous le remarquerons plus tard.

Il est curieux d'observer qu'il n'en est pas ainsi de toutes les valérianes et que certaines d'entre elles, comme *Valeriana mexicana*, citée par Gildemeister, renferment dans leurs racines, odorantes dès la récolte, de l'acide valérianique tout formé.

Avec cette plante, la production d'essence est, par contre, tout à fait infime. En tout cas, la valériane du Mexique, intéressante peut-être en tant que producteur d'acide valérianique, n'offre au thérapeute aucun intérêt, et cela pour la raison que nous venons de consigner.

Ainsi la racine fraîche de valériane officinale étant inodore, ne saurait renfermer d'essence encore moins d'acide valérianique. Que contient-elle donc ? Là nous sommes en pleine incertitude : rien de précis n'a été publié. Certains auteurs, comme le prof. G. Pouchet dans son *Précis de pharmacologie et matière médicale* (1907), annoncent bien que les principes actifs de la drogue fraîche sont des composés aromatiques du groupe du camphre, des acétones, des aldéhydes, des éthers ; mais alors, si ces composés existent, pourquoi la drogue ne sent-elle rien ? Pour nous, — nous ralliant aux conclusions de Bouchardat qui a démontré que dans la racine fraîche, il n'y avait ni essence, ni acide valérianique (Manquat, *Traité de thérapeutique*, 6e édit., t. IV, p. 287) — au moment précis de la récolte, les composés désignés ci-dessus n'existent pas. Ils représentent des constituants de l'essence et celle-ci n'est pas encore formée.

Si cette hypothèse est exacte, on s'explique difficilement pourquoi le même auteur (*loc. cit.*) signale deux essences de valériane ; l'une, vert-pré, préparée avec les rhizomes frais, la deuxième, jaune-rougeâtre, obtenue avec les mêmes parties desséchées. C'est donc que la distillation de la drogue récente fournit de l'essence ? Ceci ne fait pas de doute, mais la proportion d'huile essentielle que l'on retire ainsi, égale pour certains, sinon supérieure, à celle que procure la drogue sèche, est le résultat d'actions qui se sont produites sitôt la récolte opérée et, principalement, au cours des manipulations subséquentes.

Pour comprendre ce qui se passe, il est nécessaire d'envisager la façon dont se forme l'essence dans une foule de végétaux ou parties végétales qui n'en offrent pas trace à l'état naturel. Les amandes amères, les feuilles de laurier-cerise, les haricots de Java, la gaulthérie couchée, la primevère officinale, toutes les Crucifères, les Résédacés, etc., etc., sont à citer en exemple. Dans les plantes en question, il n'existe pas, nous l'avons dit, d'essence, mais il s'y trouve de quoi en faire, et cela, sous forme de glucosides dédoublables isolés, dans des cellules spéciales, du ferment, agent de dédoublement.

A priori, car la démonstration, à notre connaissance, n'a pas été faite, on peut admettre qu'il en est de même pour la racine de valériane, où l'essence ne se formerait et peu à peu, qu'autant que l'oxygène de l'air permet au ferment, probablement une oxydase, de fonctionner et d'agir sur un glucoside indéterminé. Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle est plausible, adoptée entre autres par M. G. Laloue, chimiste (de Grasse), puisque, sans elle, on ne peut expliquer le défaut d'odeur de la drogue fraîche.

Si l'on admet cette manière de voir, le glucoside reste à trouver ; quant au ferment, nous le connaissons peut-être. En effet, il y a longtemps que M. Carles (*Journ. Pharm. et Chimie*, VI, 12 1900, p. 148) a fait la preuve, à la suite d'expériences aussi nombreuses que variées, dont la plus simple consiste à remarquer le bleuissement d'une coupe de racine fraîche au contact de la

teinture de gaïac, que la valériane renferme une oxydase. Est-ce cette enzyme qui intervient dans la production de l'essence ? C'est possible. Toujours est-il que M. Carles lui assignait à cette époque un rôle dans la formation des produits odorants de la drogue, en supposant qu'elle agit sur les aldéhydes, les alcools et les carbures qu'on y trouve. Nous ne pouvons, sans preuves à l'appui, rejeter cette conception, mais il nous est permis de faire remarquer qu'il est nécessaire que ces composés existent avant que le ferment puisse intervenir et que, vraisemblablement, lors de la récolte, ils ne sont pas encore formés. Ce qui nous semble le plus rationnel est de supposer que cette oxydase est le ferment qui, par dédoublement du glucoside supposé, donne naissance à ces composés.

Pour en finir avec l'essence, il nous reste à dire deux mots de sa composition. On y a signalé des terpènes (camphène et pinène gauches), un sesquiterpène, du terpinéol (?), puis, des alcools, notamment du bornéol. Celui-ci n'y figure pas en totalité à l'état libre, mais combiné, pour une bonne part, avec différents acides de la série grasse (formique, acétique, propionique, butyrique, valérianique). Parmi les éthers ainsi formés, le valérianate de bornyle est le plus abondant, puisqu'il constitue environ le dixième du poids de l'essence, alors que l'ensemble des autres éthers n'en dépasse pas le centième.

Des divers constituants de l'essence, ces éthers sont surtout intéressants. Finalement saponifiables sous l'influence de l'oxygène de l'air — une oxydase intervenant ? —, ou la lumière, ou ? ils sont la source des acides plus ou moins odorants qui communiquent à l'eau distillée de valériane la réaction qu'on lui connaît. Il s'en suit, puisqu'ils sont altérables, que la composition de l'essence ne saurait être fixe, pas plus que n'est fixe, d'ailleurs, celle de la racine. C'est à ce dédoublement qu'il faut, croyons-nous, attribuer ce fait que la racine sèche ne fournit pas plus d'essence que la racine fraîche, car si, d'une part, le temps aidant, il se forme des éthers, de l'autre, il s'en détruit par le jeu de la saponification. Une sorte d'équilibre doit forcément en résulter. Ajoutons, pour être complet, que la proportion d'huile essentielle tirée de la valériane oscille entre 0,50 et 2 p. 100, et que celle des acides gras que l'on peut obtenir n'est pas inférieure, d'après M. Carles, à 3 p. 100 du poids de la racine.

Mais pourquoi tant s'occuper de l'essence de valériane et la mettre au premier plan de cette courte étude ? On dit bien qu'elle est le principe actif de cette drogue, mais jadis on en disait autant de l'acide valérianique. Or, qu'enseigne aujourd'hui M. Pouchet ? C'est que cet acide, ainsi du reste que Rabuteau l'avait déjà proclamé, est totalement inactif au point de vue qui nous intéresse. Dire qu'il en est de même de l'essence serait aller trop loin, surtout que certains auteurs, tel Brissemoret admettent l'efficacité du valérianate de bornyle ; cependant, si on épouse les idées du savant professeur de pharmacologie de la Faculté de médecine de Paris, l'essence, même celle extraite de la plante fraîche, possède des propriétés pharmacodynamiques moins intenses que le suc tiré de la racine sous certaines conditions. Ceci permet de conclure qu'il existe, dans ce suc comme dans celui de toutes les plantes à action médicamenteuse, des principes actifs qui nous échappent encore, parce que probablement fort instables (G. Pouchet : *Précis de pharmacologie et de matière médicale*, déjà cité).

C'est en 1904, à la Société de thérapeutique, que MM. G. Pouchet et J. Chevalier, frappés de l'inactivité et de l'inconstance des diverses préparations connues alors de valériane, ont fait, pour la première fois, remarquer que les racines fraîches sont plus actives que les autres et que leur suc — ce suc dont nous venons de parler — préparé à l'abri de l'air et de la lumière, est tout particulièrement doué de propriétés antispasmodiques indéniables.

A chercher la raison de ce fait, ces auteurs s'employèrent, et, dans une communication à l'Académie des sciences (20 janvier 1907), le Dr Chevalier publia que, dans la racine fraîche de valériane, il existe, à côté de l'essence, une faible quantité d'un alcaloïde et d'un glucoside, puis quelques matières résineuses, tous produits intimement liés à l'action de la drogue.

Si M. Chevalier a pu isoler ces principes, principes éminemment altérables, tout au moins les deux premiers, c'est qu'il a examiné la racine après en avoir luté les ferments par un séjour de dix minutes dans de l'alcool à 80° à l'ébullition. Il va sans dire que ce traitement doit suivre immédiatement la récolte de la plante. Les ferments sont mis ainsi hors d'état d'intervenir et, au sortir de l'alcool, la drogue demeure, au moins provisoirement, dans l'état où elle était lors de son entrée au laboratoire. Elle est, comme on le dit aujourd'hui, stabilisée. Il convient de remarquer que cette méthode n'est pas nouvelle. Préconisée par M. le prof. E. Bourquelot, c'est grâce à elle que lui-même et ses collaborateurs ont pu extraire de différents végétaux des principes inconnus avant eux. On voit qu'il en a été fait, au sujet de la valériane, une fructueuse application.

Mais, quoi qu'il en soit de l'altérabilité de l'alcaloïde, on doit cependant reconnaître qu'avant M. Chevalier, un pharmacien de Clichy, Waliszewski, avait signalé, dès 1891, dans la valériane, la présence de deux alcaloïdes qu'il baptisa l'un *chatinine*, en l'honneur du regretté directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, et l'autre *valérine* (*Répertoire de pharm.*, 1891, p. 166). Nous ne pouvons dire auquel de ces deux principes cor-

✦✦✦✦

respond l'alcaloïde trouvé par M. Chevalier, ni même s'il correspond à l'un d'eux. A notre connaissance, les recherches font défaut sur cette matière.

En résumé, si l'on s'en rapporte aux expériences de MM. Pouchet et Chevalier, il n'y a de sûrement actif que la racine de valériane récente, et celle-ci devrait ses propriétés tout à la fois à l'essence, à l'alcaloïde et au glucoside et peut-être à d'autres principes encore ignorés à ce jour.

Le suc de valériane, qu'ont préconisé ces auteurs, est un modèle de préparation efficace, mais il n'est pas le seul et depuis, à notre sens, on a fait mieux ou, tout au moins, plus pratique. Le suc de valériane est en effet un médicament d'une administration assez peu commode et altérable au point que le flacon en vidange est pour ainsi dire sacrifié.

En présence de ces inconvénients, on a pensé, non plus à extraire le suc de la racine, mais à conserver celle-ci dans l'état où elle se trouve quand elle sort de terre, ce que l'on peut réaliser en la traitant par la vapeur d'alcool. Ce procédé, qui est celui de MM. E. Perrot et A. Goris, voisin de celui qu'a indiqué M. E. Bourquelot, est employé aujourd'hui pour la stabilisation de beaucoup de produits végétaux. Dans ces conditions, les ferments sont mis hors d'état d'agir et les drogues, tenues à l'abri de l'air et de l'humidité, se conservent indéfiniment.

Toutefois, il n'est pas d'usage de se servir directement des produits stabilisés. Cela se fait avec la kola, quelquefois avec la digitale (macération ou infusion de feuilles de digitale stabilisées), mais il est préférable de préparer avec eux des sortes d'extraits. Ce sont là les intraits, qui se distinguent des extraits proprement dits parce qu'ils se présentent en poudre, poudre hygroscopique, il est vrai, mais inaltérable en flacons dessiccateurs. En ce qui concerne l'intrait de valériane, nous ajouterons qu'il est gris jaunâtre, inodore, très soluble dans l'eau, ce qui permet de le mettre en solution pour l'administrer par la voie stomacale ou même par injection.

Nous venons de dire que l'intrait de valériane est dépourvu d'odeur. Après les explications que nous avons fournies, cette particularité ne doit pas surprendre puisqu'en stabilisant la racine, on a empêché l'action des ferments et l'essence de se produire. Cependant, dans l'intrait, la racine est bien représentée tout entière et demeure, sauf l'aspect, telle qu'elle était au moment de la récolte. Il suffit pour s'en convaincre de chauffer dans un tube à essais un peu de solution d'intrait avec quelques gouttes d'acide sulfurique et, de suite, il se forme de l'acide valérianique reconnaissable à son odeur. Cette expérience si facile est péremptoire. Elle montre bien que dans cette forme pharmaceutique, rien n'a été détruit et qu'employer l'intrait de valériane équivaut à employer la racine fraîche, la seule réellement active, nous l'avons vu.

Les pharmacologistes, partisans de l'efficacité du valérianate de bornyle, ne se rallieront sans doute pas facilement à cette manière de voir, bien que l'expérience démontre la réalité de ce que nous avançons. A ceux-là, nous répondrons que s'il est vrai que l'intrait ne renferme pas d'essence, et partant de valérianate de bornyle, il n'est pas moins exact — rappelons-nous l'expérience précédente — qu'il contient toujours de quoi en faire. Or, la réaction qui se passe dans le tube à essai avec l'acide sulfurique, réaction brutale qui fournit d'emblée de l'acide valérianique, peut fort bien se produire dans le tube digestif au contact des ferments qui s'y trouvent. N'en est-il pas ainsi avec les haricots empoisonneurs ? Le glucoside cyanogénétique qu'ils renferment, que ne détruit pas l'ébullition, ne rencontre-t-il pas dans l'intestin le ferment qui le décompose ? Dans ce cas, il se forme de l'acide cyanhydrique. Avec la valériane, c'est de l'essence qui se produirait, et, si l'on poursuit cette comparaison, en raison de l'état naissant, particulièrement active.

Quant à la dose d'intrait à prescrire, qu'on le mette en pilules, qu'on en fasse un élixir ou qu'on l'emploie en injections, elle varie de deux à trois décigrammes par jour.

Dr E. Fleury,
Professeur de matière médicale à l'Université de Rennes.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Les ulcérations de la bouche chez les enfants

Décrire « *les ulcérations de la bouche chez les enfants* », tantôt affection *primitive*, constituant la maladie par elle-même ; tantôt affection *secondaire*, signature d'une maladie préexistante, ou complication d'un état pathologique en pleine évolution, tel est le très consciencieux travail que vient de publier le Dr Azéma, dans *Toulouse médical*.

En raison de leur importance clinique, de la difficulté de diagnostic qui s'y rattache, des variétés de pronostic qu'elles imposent, de la nécessité absolue de faire un traitement approprié, on nous permettra de donner à l'analyse que nous voulons en faire tout le développement qu'elle comporte.

Donc, deux grandes divisions : les ulcérations buccales *primitives*, les ulcérations buccales *secondaires*.

1° Le premier groupe comprend des stomatites herpétique, aphteuse, impétigineuse, ulcéreuse, nécrosante, enfin le noma et la maladie de Riga

D'une façon générale, chez les enfants, soit chez le nourrisson, soit dans la période qui suit le sevrage, toutes ces manifestations buccales sont caractérisées par ce fait que les petits malades refusent les aliments, ne voulant ouvrir la bouche ni pour prendre le sein, ni pour se laisser examiner. Ils fixent leur petite tête dans une immobilité presque complète, car le moindre mouvement doit être douloureux ; ils salivent abondamment, la déglutition étant très pénible. Habituellement, fièvre et engorgement ganglionnaire font cortège à ces affections.

Mais alors, que dans la stomatite *herpétique*, l'ulcération est multiple, policyclique, à exsudat jaunâtre, dans la stomatite *aphteuse*, au contraire, la lésion est nette, bulleuse, blanchâtre, souvent unique.

La durée de ces deux formes ne dépasse pas 5 à 8 jours et n'a aucune gravité. Pas grave, non plus, la *stomatite impétigineuse*, dont le siège est plutôt gingivo-labial que lingual, mais dont la durée dépasse de beaucoup celle des formes herpétique et aphteuse.

A la localisation commissurale, empiétant et sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure, on a donné le nom de *perlèche*.

Toute autre, comme symptomatologie, gravité, est la *s. ulcéreuse*.

Son siège : face interne de la joue. *Son agent* : le bacille de Vincent. Fétidité de l'haleine, exsudat sanieux, muqueuse saignant au moindre contact. Fréquemment broncho-pneumonie et néphrite ; un degré de plus et ce sera la *s. nécrosante des nouveau-nés*.

D'abord gingivale, la nécrose frappe rapidement le tissu osseux. La septicémie a tôt fait de faucher le petit malade.... Le *noma*, bien que, le plus souvent, venant se greffer sur un état de cachexie avancée, peut évoluer pour son propre compte. En plus de tous les signes aggravés de la s. nécrosante, Azéma note l'aspect typique œdémateux de la face, œdème unilatéral, et d'une dureté ligneuse.

La maladie de Riga, maladie du frein, est très rare en France : saillie ulcéreuse, indurée de la base du frein.

2° Le 2e groupe peut se subdiviser en deux catégories : les ulcérations buccales secondaires *non spécifiques* et les ulcérations buccales *spécifiques*.

Les premières accompagnent habituellement toutes les maladies infectieuses graves ; elles sont la preuve d'un mauvais état général. Les saprophytes de la cavité bucco-pharyngée n'étant plus tenus en respect par les défenses annihilées de l'organisme, pullulent et s'en donnent « à cœur-joie », les ulcérations, d'un caractère banal inquièteraient peu si elles ne venaient rendre difficile une alimentation des plus nécessaires au cours d'une convalescence de rougeole ou de pneumonie.

Les secondes ont, au contraire, une très grosse importance pour le diagnostic et pour le pronostic. Il faut remercier le Dr Azéma d'avoir su les grouper et de les avoir mises en lumière, pour le médecin praticien.

Dans un premier groupe, l'auteur classe les ulcérations de Duguet, les ulcérations purpuriques, les ulcérations ptérygoïdiennes de Parrot.

La *lésion décrite par Duguet*, à forme lenticulaire, localisée sur le voile du palais (piliers antérieurs), est extrêmement fréquente au début de la dothiénentérie et donne un appoint considérable à un diagnostic hésitant.

Les *ulcérations purpuriques* comportent un pronostic des plus sombres. Contrairement aux ulcérations de la première catégorie, elles ne s'accompagnent pas de dysphagie. On les trouve disséminées un peu partout : leur couleur rouge sombre ou presque noire les signale bientôt à la recherche du médecin.

Quant aux *ulcérations ptérigoïdiennes de Parrot*, elles ne sont plus l'apanage de la syphilis. On les observe souvent dans l'athrepsie et dans beaucoup de troubles gastro-intestinaux ; ulcérations ovalaires, bilatérales, superficielles, grisâtres, elles siègent au niveau des apophyses ptérygoïdiennes : elles sont l'indice d'un organisme précaire.

Le second groupe de la catégorie des *ulcérations spécifiques* rentre, tout entier, dans le domaine de la syphilis.

La cause : sein de la nourrice, biberon infecté, baiser suspect.

La lésion : exulcération surélevée, avec exsudat diphtéroïde, à base indurée. Etat général cachectique.

La localisation : buccale ou linguale. Plus âgé, l'enfant présentera des plaques muqueuses siégeant sur la langue, sur les lèvres ou la face interne des joues : voilà pour la syphilis acquise.

Pour la syphilis héréditaire, bien autrement fréquente, la fissure siège « de chaque côté du lobe médian » ou « au voisinage des commissures ». La *rhagade* ne sera pas confondue avec la *perlèche*. La première est une lésion uniquement observée chez les nouveau-nés hérédo-syphilitiques.

Très minutieusement, le Dr Azéma décrit la façon d'examiner les petits malades, douceur, bonne position, bon éclairage. *Tout serait à citer dans ce travail qui*, je le répète, *offre un grand intérêt clinique*. L'auteur termine par un résumé diagnostique que nous avons exposé au cours de cette analyse, qui, très imparfaitement, a essayé de résumer cette belle étude. R. M.

Notre collègue et ami, M. J. A. ETIENNE-BAZOT, Directeur de *Scientifica*, organe de l'A. P. I., nous fait remarquer que l'article que M. le Dr Kolbé a publié dans le *Concours*, n° 13, p. 856 — sur l'endoscopie intestinale — a paru dans le numéro de novembre de son intéressante publication, pp. 1219 et suivantes.

Nous donnons volontiers acte à M. Etienne-Bazot de son observation. (N. D. L. R.)

CORRESPONDANCE

Les étudiants étrangers et le concours de l'internat.

Je vous remercie d'avoir bien voulu me répondre au sujet de la question des étrangers à l'internat (le 14 janvier 1914). Vous sachant d'esprit avisé et documenté, je viens vous demander votre avis sur le sujet suivant :

Considérant que les étudiants étrangers par l'absence de service militaire gagnent 3 ans sur les français, je suis d'avis de les autoriser à concourir, mais après les avoir handicapés : de quelle façon ? Voilà où votre esprit ingénieux peut se donner libre cours, au profit de mon rapport.

Dr S.

Réponse.

Remarquez que l'internat ne donne aucun droit. C'est un stage qui sert à perfectionner l'étudiant dans l'art de guérir et qui, plus tard, confèrera un titre honorifique au praticien.

Mais, anciens internes ou non, les docteurs en médecine sont égaux, aux yeux de la loi du 30 novembre 1892. Tous deux auront les mêmes avantages et les mêmes obligations.

Par suite, les trois années de service militaire ne gêneront guère les candidats à l'internat, parce que les uns sont étrangers, les autres français, mais réformés ; le plus grand nombre obtiennent des sursis renouvelables et ne font leur service militaire qu'après le concours.

Aussi, pouvons-nous dire qu'il est difficile légalement de faire quelque chose contre les candidats étrangers, mais munis des inscriptions en vue du doctorat d'Etat. Ils doivent avoir les mêmes avantages que leurs camarades français, puisque le législateur a admis que tout étranger, muni des diplômes français, peut exercer la médecine dans notre pays.

Reste l'exception des étudiants étrangers, qui postulent, non le diplôme de docteur d'Etat, mais celui de docteur d'Université. Ces étudiants n'ont pas le baccalauréat français et n'ont pas obtenu d'équivalence. Ils n'auront jamais le droit d'exercer sur le territoire français. Vous pouvez alors demander, pour sauvegarder les intérêts de nos malades nationaux, qui profiteront de la pratique apprise par les étudiants, au cours de leur internat, que les étrangers, diplômés d'université, soient reçus en surnombre et dans un classement à part. Ils feront leur internat comme certains officiers étrangers viennent dans nos écoles militaires de St-Cyr, de Polytechnique, de Fontainebleau, pour se perfectionner dans notre art de la guerre. Ils sont en surnombre et leur présence ne porte aucun préjudice aux élèves français.

La responsabilité professionnelle et la Justice

Vous connaissez sans doute le dernier jugement du tribunal de la Seine condamnant le docteur Jacoël à 20.000 francs de dommages pour erreur de diagnostic.

Ce jugement a fait du bruit dans la presse locale et à ce propos, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien me dire pourquoi le confrère en question a fait défaut. Il est regrettable que ce médecin n'ait pas été membre du « Sou médical » ; cela aurait permis d'empêcher, en faisant appel ou en plaidant la cause, un jugement, qui, s'il faisait jurisprudence, aboutirait à la négation de notre profession.

D^r R.

Réponse.

Nous ignorons comme vous pourquoi le confrère en question a fait défaut : sans doute a-t-il eu des raisons que nous connaîtrons un jour. En tout cas, nous déplorons pour lui qu'il n'appartienne pas à notre Ligue de défense. Nous aurions été de tout cœur et de toutes nos forces avec lui.

Pour le moment, la morale de l'affaire nous semble tout entière renfermée dans le *Propos d'un parisien* paru dans le *Matin du* 27 mars :

« Il a quelques jours, le tribunal civil condamnait un médecin à 20.000 francs de dommages-intérêts pour erreur de diagnostic : la victime de cette gaffe n'est cependant pas morte.

En revanche, le mois dernier, le tribunal civil rendait un jugement diamétralement opposé : il s'agissait aussi d'une erreur de diagnostic, avec cette circonstance aggravante que la victime a succombé. Le médecin a été acquitté, bien que coupable d'une indéniable faute (1).

Bref, la question de la responsabilité médicale ou chirurgicale n'est pas tranchée.

Elle est d'ailleurs des plus délicates.

Jadis, en Perse, les médecins du shah avaient la tête coupée le jour même où leur client mourait. Était-ce un bon système ? C'est à voir.... Pareille perspective n'était peut-être pas faite pour donner au médecin le sang-froid sans lequel il peut, sinon confondre un panaris avec une angine, du moins commettre de graves erreurs.

Si la responsabilité médicale était reconnue, établie devant les tribunaux, savez-vous ce qui arriverait ? C'est bien simple, le médecin dirait à son malade :

— Vous avez peut-être le béri-béri ou autre chose.... Mais je vais attendre que la maladie ait atteint son maximum d'intensité. Alors, quand ça y sera bien, que je ne risquerai plus de me tromper, eh bien, je vous soignerai !...

Il reste à savoir si le malade ne regrettera pas l'ancien système.— CLÉMENT VAUTEL.

(1) Ce n'est qu'une opinion, des plus contestables.
N. D. L. R.

Qui doit payer les certificats médicaux délivrés pour le repos des femmes en couches.

La récente loi du 17 juin 1913 sur le repos des femmes en couches prescrit, à l'art. 4 du chap. 4 *bis*, que toute postulante à l'allocation journalière ou à l'hospitalisation avant ses couches « doit justifier par la production d'un certificat médical, qu'elle ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant ».

Conformément à cette loi, j'ai délivré il y a une dizaine de jours, à une femme enceinte nécessiteuse, au début de son neuvième mois, le certificat sur papier libre *que le maire l'avait envoyée me demander.*

Quand je demandai à la mairie que, pour rémunération, me fût délivré au moins un bon de consultation (0 fr. 50), le secrétaire me répondit que cette femme ne figurant pas sur la liste d'assistance établie par le bureau, aucune rémunération ne pouvait m'être allouée par le service de l'assistance.

Je demandai immédiatement au préfet à la charge de qui incombait tout certificat médical délivré conformément à la loi du 17 juin 1913. Vous voudrez bien lire la réponse ci-jointe que j'ai reçue.

La question se pose : l'assistance aux femmes en couches commence-t-elle avant ou après la délivrance du certificat médical ? Pour moi, la pensée du législateur n'est pas douteuse ; elle commence avant. Qu'est-ce qui se passe en effet dans le fonctionnement et l'application de la loi du 14 juillet 1905 pour l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables ? Le postulant s'adresse au maire qui l'envoie, muni d'un certificat à formule administrative déterminée à remplir, au médecin de l'assistance. Ce certificat est honoré chaque année par la préfecture. Va-t-il en être autrement pour le fonctionnement de la loi du 17 juin 1913 ? Ne va-t-on pas voter un crédit spécial au règlement par chaque préfecture des certificats délivrés en vue de son application ?

Si le corps médical ne le demande pas par la voie de ses Syndicats, nous risquons d'être oubliés une fois de plus. Et faudra-t-il que dans un coin normand, si riche en filles pauvres et fécondes, je fasse plusieurs fois par an le service ophtalmique, et de ma consultation et de mon examen obstétrical, et de mon certificat ?

Voilà qui intéressera, j'en suis sûr, les lecteurs, fidèles comme moi, du *Concours médical.*

— Admirez en passant, je vous prie, dans la lettre préfectorale, l'équivalence établie par le premier magistrat du département entre le médecin et la sage-femme (!) pour la délivrance des certificats.

Je vous serai obligé de me renvoyer, après en avoir pris connaissance et copie, la lettre ci-jointe dont je vais avoir besoin pour une prochaine communication à notre Syndicat de Caen.

Dr P.

PRÉFECTURE
DU
CALVADOS
—
A. M. G.
☙

Caen, le 21 mars 1914.

Monsieur le Docteur,

En réponse à la demande contenue dans votre lettre du 13 mars courant, j'ai l'honneur de vous faire connaître que la délivrance des certificats médicaux aux femmes enceintes, réclamant leur hospitalisation, ne donne droit, pour le médecin ou pour la sage-femme, à aucune rémunération sur les fonds du service de l'assistance médicale gratuite.

Agréez, monsieur le docteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet,

Réponse

Il entre dans les habitudes du légi lateur de faire des lois sociales sur notre dos. On nous donne bien du travail à faire, mais on oublie toujours de dire qui nous paiera.

En réalité, ces postulantes de la loi de 1913 sont des indigentes, puisqu'elles sollicitent des secours. Il semble équitable que les certificats soient payés par l'assistance médicale gratuite, sur la liste de laquelle ces femmes devraient être inscrites.

Aussi faites poser la question de rémunération par votre syndicat médical, au conseil général, à sa prochaine session.

Un membre du syndicat pourra être chargé de faire un rapport écrit sur la question, rapport qui sera envoyé à chaque conseiller général.



Je vous accuse réception de votre lettre, très aimable conseillère, et vais bien certainement, à notre prochaine réunion du Syndicat, saisir les confrères de cette question de la rémunération due au certificat médical demandé aux intéressés par la loi du 17 juin 1913.

La question intéressant tout le corps médical français, je m'empresserai de vous mettre au courant de ce que nous avons obtenu de notre Conseil général.

Dr P.

—

Régénération de la teinture d'iode altérée.

Il n'en est pas un d'entre nous qui n'ait eu l'occasion de constater l'altération rapide de la teinture d'iode.

N'y aurait-il pas un moyen d'éviter cette acidification ? Si quelqu'un, parmi vos collaborateurs, pouvait me donner quelques renseignements à ce sujet par la voie du *Concours*, il rendrait à beaucoup d'entre nous un réel service.

Réponse.

L'emploi de plus en plus fréquent de la teinture d'iode, surtout en chirurgie, et les inconvénients de sa transformation rapide en acide iodhydrique ont fait rechercher les moyens d'empêcher cet acide de se former.

Le Codex de 1908 conseille de conserver la teinture d'iode dans des flacons en verre blanc et exposés à la lumière, mais même dans ces conditions, le médicament devient rapidement trop acide pour pouvoir être employé. La seule méthode vraiment efficace consiste à additionner la teinture d'une certaine quantité d'iodure de potassium, ou de sodium, ainsi que l'a montré M. Courtot (*Journ. de pharm. et de chim.*, 1910), qui, après une étude très approfondie de la question, est arrivé à la formule suivante :

Iode		100 gr.
Iodure de potassium		40 gr.
Alcool fort	q. s.	ad 1000

Il est malheureusement évident que l'addition d'un sel alcalin à la teinture d'iode modifie notablement la composition prescrite par le Codex de 1908, et qu'aucun pharmacien ne saurait préparer ainsi sa teinture officinale, sous peine de s'exposer à des poursuites.

Aussi M. Roques (*J. pharm, et chimie*, 16 mars 1914) a-t-il cherché, non plus à préparer une teinture inaltérable, mais à régénérer un produit altéré et par suite inutilisable. Sa méthode, extrêmement simple, consiste à agiter pendant cinq minutes la teinture altérée avec un excès d'acide iodique, en poudre très fine. Ce produit réagit sur l'acide iodhydrique formé en mettant de l'iode en liberté suivant la réaction :

$$IO^3H + 3HI = 6I + 3H^2O.$$

L'acide iodique pulvérulent se prépare très aisément en versant une solution aqueuse saturée à froid de ce corps dans un grand excès d'alcool fort, en filtrant et en séchant le produit obtenu ; 10 gr. de cette poudre suffisent pour régénérer un litre de teinture très altérée.

L'excès d'acide iodique employé, insoluble dans l'alcool, se dépose au fond du récipient, et la teinture régénérée peut être décantée.

Ce procédé peut être appelé à rendre de grands services aux pharmaciens, et même aux médecins qui pourront ainsi s'assurer rapidement qu'une teinture d'iode n'est pas altérée ; il leur suffira de vérifier qu'une trace d'acide iodique y reste insoluble.

Le seul inconvenient de la méthode est que la teinture régénérée est un peu plus riche en iode que la teinture normale du Codex, puisqu'elle renferme en plus de son iode normal, celui qui y a été ajouté à l'état d'acide iodique — on y remédiera aisément en diluant la teinture purifiée

par addition d'une quantité convenable d'alcool.

M. VOLMAR,
Pharmacien,
Docteur ès sciences.

Modifications des dates de convocation pour des périodes militaires.

Le 25 février 1914 j'ai été convoqué pour accomplir une période de 10 jours à X., du 1er au 10 avril inclus. J'ai accusé réception de l'ordre et ai pris toutes mesures utiles.

Le 18 mars j'ai reçu des instructions (imprimées) pour la convocation du ne territorial en 1914 (1-10 avril) adressées par l'autorité militaire.

Ce jour, on « a l'honneur » de m'informer que la convocation du ne rég. territorial est reportée au mois d'octobre prochain ! !

Je la trouve mauvaise ; j'ai arrêté un remplaçant, établi avec lui des conventions, pris toutes les mesures onéreuses et indispensables ; et rouspétant, j'écris au Directeur du service de santé au Mans que je veux partir aux dates fixées, faisant des réserves sur le dommage à moi causé.

Jusqu'à quel point puis-je soutenir ma thèse de réclamations ? N'ai-je qu'à obéir ? Fixez-moi au plus tôt.

Dr B.

Réponse.

Voici la réponse de notre collaborateur technique militaire.

Vous avez fort bien fait d'écrire cette lettre au directeur en faisant toutes réserves que de droit ; si vous n'obtenez pas satisfaction, vous pouvez même aller jusqu'au ministre.

Cependant, je crains qu'on ne vous oppose le cas de *force majeure* ? Pourquoi a-t-on remis la date de la convocation de ce régiment ? N'était-ce pas en raison d'une apparition subite d'épidémie ?? Alors, rien à faire, d'autant moins que, à propos des mesures prophylactiques édictées, pour chaque épidémie — on réédite la « suppression des convocations. » Dernièrement encore, cette mesure a été sanctionnée tacitement par les Chambres, quand le sous-secrétaire d'Etat a parlé de l'état sanitaire de l'armée.

Cependant vous avez été convoqué le 25 février pour le 1er avril : *il n'y avait pas les deux mois réglementaires.* Toutefois c'est là un argument... dangereux ; il peut être retourné contre vous en cas de réclamation. « Vous n'aviez pas le temps de prendre des mesures si complètes ? » C'est alors votre directeur qui assumera cette responsabilité d'une convocation trop rapide. Il est possible que pour joindre tous les intérêts, il vous fasse faire une période le 1er avril, mais au ne territorial, *ce que vous désirez.* Vous aviez raison d'écrire.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Première réunion de la commission Chéron-Métin.

Nos lecteurs sont tous au courant du conflit présent, qui divise l'Union des syndicats médicaux et le ministre du travail. Nos confrères de l'Union ont demandé au ministre d'avoir un nombre plus grand de représentants au sein de la commission, de désigner eux-mêmes leurs délégués et de voir écartée du programme toute question touchant la tarification des honoraires du médecin, ou atteignant le principe du libre choix.

Le ministre, n'ayant pas voulu donner d'engagement ferme, l'Union des syndicats n'a pas accepté de participer aux travaux d'une commission, dont les conclusions étaient d'avance frappées de stérilité.

Nous donnons ci-dessous le compte-rendu du discours du ministre du travail, à l'ouverture des travaux de cette fameuse commission.

Le corps médical et l'application des lois sociales

M. Métin définit la participation des membres du corps médical.

Vendredi, s'est réunie pour la première fois au ministère du travail, sous la présidence de M. Albert Métin, la commission instituée par le décret du 1er juillet dernier, chargée d'étudier les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales.

A l'ouverture de la séance, le ministre a pris la parole en ces termes :

« Il s'agit de trouver un terrain de conciliation entre les intérêts professionnels du corps médical et les intérêts généraux. Les transactions entre le gouvernement et le parlement doivent s'obtenir avec le souci constant de ménager aux malades et aux blessés appartenant aux classes laborieuses des villes et des campagnes des soins assidus et efficaces.

« Messieurs, l'élévation d'esprit que donnent au corps médical et la culture scientifique et la sollicitude de tous les instants que réclame de lui la souffrance humaine est le sûr garant que ses représentants nous aideront à trouver la solution désirée. Au reste, si nous entendons en premier lieu faire appel à l'intelligence, à l'idéalisme et aux sentiments, nous ne prétendons nullement refuser notre attention à ce qu'il y a de légitime dans l'intérêt professionnel.

« Si quelqu'un s'avisait d'émettre une opinion contraire, les faits mêmes se chargeraient de démentir une affirmation aussi aventureuse. Rappelons-nous, en effet, quelles sommes d'honoraires ont values aux médecins et aux pharmaciens le vote et la mise en application des lois sur l'assistance médicale gratuite, sur la protection des nourrissons, sur l'hygiène, sur la mutualité, sur les accidents du travail, avantages que précisent les rapports annuels adressés à M. le président de la République sur l'application de ces lois, et quelles ressources nouvelles peuvent encore leur ménager les lois en préparation sur l'assistance et l'hygiène qui ressortissent à M. le Ministre de l'Intérieur, ou sur l'assurance et la prévoyance sociales, qui sont l'un des principaux objets du département qui a constitué votre commission.

« Sans doute la commission ferait-elle bien de choisir quelques-uns de ses membres pour examiner les différends et surtout les accords auxquels on a abouti dans les pays étrangers.

« La situation que j'exposais au début n'est pas spéciale à la France, mais se retrouve dans tous les Etats qui ont, comme nous, développé leur législation d'assurance et de prévoyance sociales. Nous la rencontrons en Angleterre, en Allemagne, ailleurs encore, et ne serait-il pas utile, pour le but qu'elle poursuit, de faire mettre au point par un rapporteur tous les enseignements que nous pouvons tirer des expériences faites par nos voisins ?

« Les membres du corps médical sont ici en nombre suffisant et représentent des spécialisations assez diverses pour pouvoir se répartir entre les sous-commissions. Ils n'étaient que trois d'après les termes primitifs du décret ; ils sont aujourd'hui, en comptant les membres du Parlement, neuf, et il n'a pas tenu à moi qu'ils ne fussent une douzaine. Le vice-président, l'éminent professeur Léon Labbé, sénateur, est des leurs, et j'ai voulu, en désignant Mme la doctoresse Girard-Mangin, que l'élément féminin, qui nous est si utile pour la préparation et la propagande des lois spéciales, fût représenté parmi eux. »

(*L'Action*, 5 avril.)

M. le Ministre voudra bien nous permettre de lui faire remarquer quelques erreurs.

Il parle tout d'abord des représentants du corps médical, qui sont présents à la commission. Pardon ! les médecins qui entouraient le ministre ne représentaient qu'eux-mêmes, et nullement le corps médical. Celui-ci, aux termes de la loi du 21 mars 1884 et de celle du 30 nov. 1892 est représenté par les syndicats médicaux. Or, aucun des médecins présents n'avait reçu mandat quelconque de la part des syndicats.

Au reste, nous croyons savoir que certains membres de la commission, comme les docteurs

Netter, Léon Labbé, Gilbert Laurent, Bailliart, Girard-Mangin, ont nettement déclaré qu'ils ne prenaient pas la responsabilité de représenter le corps médical tout entier.

La preuve, c'est que de nombreuses discussions se sont élevées, au moment de l'adoption des vœux présentés, pour savoir s'il y avait lieu de faire appel aux syndicats médicaux et à leur Union, en leur demandant d'envoyer, à la commission, des médecins praticiens, des ruraux de préférence, pour apporter leur compétence particulière et leur expérience pratique, touchant l'application des lois sociales, mises en discussion.

Inutile de dire que cette proposition ne fut pas adoptée.

Mais, dans son discours, M. le Ministre s'étend avec complaisance sur « les sommes d'honoraires qu'ont values aux médecins et aux pharmaciens le vote et la mise en application des lois sur l'assistance médicale gratuite, etc. »

Or, confrères, combien vous rapporte l'assistance lorsque la consultation est gratuite, ou à 0,50 cent. la visite à 1 fr., le kil. à 0,15 cent., ou lorsque le préfet vous impose un forfait de 1 fr. par an et par inscrit ?

Que vous rapporte la loi Roussel, lorsqu'on vous alloue 1 fr. par nourrisson inscrit, pour aller le visiter à 15 et 20 kil. de votre domicile ?

La loi sur l'hygiène vous a-t-elle rapporté autre chose que des ennuis et des déboires, dus aux déclarations obligatoires ?

Et les mutualités, ces bonnes sociétés mendiantes qui avouent, par la bouche de leurs représentants distingués, M. Mirouel par exemple, qu'elles ne peuvent pas vivre avec le libre choix du médecin et le tarif à la visite. N'est-ce pas l'aveu de la réduction des honoraires médicaux ?

Quant aux honoraires accidents, il faut continuellement plaider, avec l'aide du « Sou médical » pour se faire payer, même au tarif Dubief, qui pourtant est loin d'être rémunérateur.

Ah ! vraiment, M. le Ministre du travail connaît bien les misères de la profession médicale ! Il est si bien renseigné ! Il l'a prouvé d'ailleurs, uniquement avec la fameuse liste des syndicats non adhérents à l'Union, qu'il a envoyée au secrétaire général, le Dr Lafontaine.

M. le ministre termine en trouvant suffisant le nombre des médecins présents à la commission et en se félicitant de voir représentées toutes les spécialisations : il n'a oublié qu'une catégorie de médecins : les praticiens. Ceux-là sont absents, et pour cause.

Les discussions qui eurent lieu, au cours de la séance, ont bien prouvé que, sans la collaboration des syndicats médicaux, sans la présence de véritables praticiens, il sera difficile d'arriver à des résultats pratiques.

A ceux qui soutenaient que le libre choix et le tarif à la visite ruinaient les mutualités, il a été répondu que, dans quelques départements, les sociétés de secours mutuels existaient fort bien, malgré l'application de ces principes. L'assistance médicale gratuite est appliquée selon le système vosgien dans un grand nombre de départements, ont avoué deux préfets. Mais si, dans d'autres départements, on revient au forfait, c'est à cause des abus de quelques très rares médecins.

Ces préfets n'ont pas ajouté que ces abus ne se produisent que parce que l'autorité préfectorale ne veut pas demander la collaboration des syndicats médicaux pour la répression de ces actes répréhensibles.

Et cette commission peut-elle s'occuper de l'assistance médicale gratuite, alors que la liberté est laissée par la loi du 15 juillet 1893, à chaque conseil général, pour l'institution d'un service soit au forfait, soit au libre choix ?

Peut-elle également aller à l'encontre de la loi sur les accidents du travail, qui donne à chaque blessé du travail le droit de choisir son médecin ?

Bref, la commission n'a pu que se séparer après avoir voté le vœu suivant : les directeurs et les chefs de service du Ministère du travail se mettront en rapport avec leur ministre et les autres ministères intéressés pour fournir à la commission un plan d'études et un programme de travail.

Mais les élections approchent : la commission ne se réunira pas avant le mois de juin et d'ici là, nous aurons probablement un autre ministère. D'ici là, l'Union des syndicats aura eu le temps d'agir.

Dr Paul Boudin.

LA MUTUALITÉ FAMILIALE

La morbidité chez les médecins

Tous nous avons plus ou moins entendu dire : les médecins ne sont pas malades, les médecins ne meurent jamais — peut-être même l'avons-nous répété nous-mêmes ; or, rien n'est plus faux que cette double assertion.

Les médecins sont malades ; peut-être le sont-ils moins qu'on pourrait le supposer, étant données les causes de contagion auxquelles ils sont journellement exposés, mais ils le sont encore trop fréquemment et trop longuement.

C'est ce que me permet d'affirmer une observation de vingt années, dans une Société qui a précisément pour but de délivrer une indemnité

journalière aux confrères mis par la maladie ou par l'accident dans la nécessité de cesser l'exercice de leur profession : *La Mutualité Familiale du Corps médical Français.*

Du 1er janvier 1894 au 31 décembre 1913, deux mille cent seize membres se sont fait inscrire à cette Société : ils n'étaient admis qu'après examen médical, et par conséquent, ne présentaient aucune tare à leur entrée ; de plus ils étaient soumis à un stage de six mois après leur admission ; or, sur ces 2116 membres, 1350 ont été arrêtés par la maladie, et dans ce nombre ne sont pas comptés ceux qui n'ont eu que de légères indispositions qu'ils n'ont pas déclarées ou qui n'ont pas duré plus de quatre jours. La proportion est de plus de moitié (63.7 %), et il faut tenir compte de ce fait qu'un grand nombre de sociétaires n'ont eu qu'une participation relativement courte.

Si nous examinons année par année, nous trouvons :

Année :	1894	Membres participants :	88	Nombre de malades :	3	Proportion :	3,4	%
—	1895	—	224	—	23	—	10,2	%
—	1896	—	348	—	34	—	9,7	%
—	1897	—	415	—	51	—	12,2	%
—	1898	—	483	—	58	—	12	%
—	1899	—	559	—	67	—	11,9	%
—	1900	—	612	—	106	—	17,1	%
—	1901	—	687	—	100	—	14,5	%
—	1902	—	807	—	137	—	16,9	%
—	1903	—	914	—	143	—	15,6	%
—	1904	—	1.090	—	172	—	17,3	%
—	1905	—	1.090	—	195	—	17,8	%
—	1906	—	1.180	—	186		15,8	%
—	1907	—	1.242	—	220		17,7	%
—	1908	—	1.397	—	212	—	15,1	%
—	1909	—	1.435	—	264	—	18,3	%
—	1910	—	1.553	—	219	—	14,1	%
—	1911	—	1.616	—	304	—	18,8	%
—	1912	—	1.705	—	278	—	16,3	%
—	1913	—	1.716	—	315	—	18,3	%

La moyenne générale annuelle est d'environ 15 %, mais tandis que dans les dix premières années, elle n'est que de 12,35 % elle est, dans les dix dernières, de 17,25 % ; c'est que la Société vieillit, qu'elle compte des membres plus âgés, et que l'âge moyen de ses membres s'est élevé un peu.

Quoi qu'il en soit, la proportion de un sur six annuellement est assez élevée, et l'on sait que le médecin ne s'arrête que contraint et forcé, qu'il fait des visites lui-même alors qu'il conseillerait à un client de garder la chambre et que, par conséquent, les chiffres accusés sont au-dessous de la vérité.

Passons maintenant aux journées de maladie. Pour les 1.350 malades, dans une période de 20 années, elles ont atteint un total de 210.403.

Examinons encore par années :

Années	Malades	Journées de Maladie	Moyenne par malade
1894	3	49	16,3
1895	23	428	18,6
1896	34	1.600	47
1897	51	3.010	59
1898	58	3.473	60
1899	67	4.015	60
1900	106	6.448	60,8
1901	100	5.568	55,6
1902	137	7.320	53,4
1903	143	8.708	60,8
1904	172	11.291	65,6
1905	195	11.891	61
1906	186	13.192	70,9
1907	220	14.573	66,2

1908	212	14.850	70
1909	264	17.521	66,3
1910	219	17.422	79,5
1911	304	21.942	72,1
1912	278	21.526	77,4
1913	315	24.576	78

La moyenne générale annuelle est d'environ 60 jours ; elle n'est que de 49 jours pendant les dix premières années, tandis que, pendant les dix dernières, elle monte à 70 jours ; la cause en est la même que celle qui fait augmenter le nombre des malades.

Considérons la longueur des maladies :

84.859 journées se rapportent à des maladies de moins de 65 jours ; 125.544 journées à la période excédant 65 jours.

Si on observe, année par année, on trouve :

Années	Nombre de malades arrêtés plus de 65 jours	Journées de maladie en plus des 65 premières
1894	»	»
1895	»	»
1896	6	511
1897	10	1.635
1898	12	2.026
1899	17	2.211
1900	24	2.131
1901	16	2.142
1902	26	3.821
1903	37	4.885
1904	49	6.089
1905	55	6.213
1906	56	8.115
1907	61	8.302
1908	60	9.190
1909	66	10.333
1910	74	11.137
1911	85	13.394
1912	85	14.293
1913	94	16.396

Ajoutons que 58 de ces malades ont été arrêtés plus d'une année.

La cause de ces maladies ?

D'abord il y a eu 240 membres qui ont été victimes d'accidents, et 32 d'entre eux l'ont été plusieurs fois.

Parmi ces accidents, ceux d'automobile occupent une place respectable, ce qui ne surprendra qu'à moitié ; il y a aussi un certain nombre d'accidents professionnels : piqûres, blessures par instruments, etc.

1052 membres ont été arrêtés pour maladies aiguës, dont 342 par la grippe, 450 environ ont été atteints à deux ou plusieurs reprises ; le total du nombre des maladies aiguës est voisin de 2.000.

Il ne faut pas chercher à faire dire aux chiffres plus qu'ils ne peuvent et vouloir appliquer à tous une moyenne qui n'est peut-être exacte que pour un très petit nombre, mais ce que l'on peut affirmer, c'est que le risque maladie n'est pas négligeable pour le médecin, et, quand on a jeté un rapide coup d'œil sur ces chiffres, on n'a pas le droit de dire : les médecins ne sont pas malades.

Dans quelle mesure sont-ils exposés à ce risque ? C'est ce que je rechercherai sans doute quelque jour d'une manière plus précise. Il m'a suffi aujourd'hui de réfuter un dire que trop souvent on oppose aux conseils de prévoyance, réponse toute faite dans on use sans l'avoir contrôlée.

Oui, le médecin est malade et il se doit à lui-même de se prémunir contre ce risque maladie, il le doit aux siens, à sa femme et à ses enfants.

A. Gassot.



CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les errements des Sociétés de secours mutuels

Il y a quelques mois, il est passé, sur les sociétés de secours mutuels dans le journal le *Temps*, une série d'articles sensationnels sous la signature de M. Anatole Weber, bien connu par ses nombreux travaux sur les questions de prévoyance et d'assistance, et entr'autres, l'auteur d'un volume portant comme titre : *A travers la mutualité*, ouvrage couronné par l'Académie française.

Dans ces articles, M. Weber, avec chiffres à l'appui, flétrissait, comme nous l'avons déjà fait à maintes reprises, le caractère de mendicité et d'exploitation de la mutualité qui ne rougit plus de tirer la moitié environ de ses ressources des cotisations des membres honoraires et des subventions de l'Etat.

Ces articles furent réunis dans une brochure intitulée : *Les errements des sociétés de secours mutuels.* M. Weber, avec la plus grande bienveillance, dont nous ne saurions trop le remercier, nous a autorisé à reproduire dans nos colonnes les différents chapitres de cette brochure pour l'édification de nos confrères qui ne connaissent la mutualité qu'en façade.

Dr VIMONT.

Avant-propos.

La Mutualité est de plus en plus à l'ordre du jour. Les pouvoirs publics ont pour elle des attentions sans cesse croissantes. D'une part, c'est le budget du pays qui participe largement à ses dépenses, avec une libéralité qui ne s'est presque jamais heurtée aux protestations parlementaires que soulèvent d'ordinaire toutes les demandes de crédits. D'autre part, les gouvernants sont pleins de prévenance pour elle : c'est le Président de la République consacrant son premier voyage officiel au Congrès de Montpellier ; c'est le nouveau Ministre du Travail (1) qui, par une série de mesures plusieurs fois annoncées, entend, comme il le disait dans son discours de Poitiers, le 2 avril 1913, « protéger la Mutualité contre la concurrence déloyale de la pseudo-mutualité ».

Or il nous semble que, jusqu'à présent, on s'est, à son sujet, trop souvent payé de mots, et nous nous proposons d'apporter ici quelques précisions utiles, en mettant à jour un certain nombre des données que nous avons déjà fournies jadis (2).

Nous commenterons pour cela les chiffres des « Rapports officiels » présentés chaque année à M. le Président de la République par M. le ministre de l'Intérieur (3), et, pour plus de concision, nous nous occuperons exclusivement des *Sociétés de secours mutuels approuvées* — c'est-à-dire patronnées, surveillées et subventionnées de toutes façons.

Nous espérons contribuer ainsi, en dissipant quelques mirages, à l'amélioration d'une Œuvre dont on a le droit d'attendre les plus grands services à condition de mieux coordonner les énormes efforts faits à son profit.

Aperçu historique

Les Corporations. — Le caractère prestigieux qu'a pris le mot de Mutualité en ces dernières années tendrait à faire croire qu'il s'agit d'une chose nouvelle. Or, il est incontestable que les formes anciennes d'association, les Guildes et les Corporations du moyen-âge par exemple, établissaient entre leurs membres des liens autrement plus forts et plus nombreux que ceux créés par les Statuts de nos Sociétés d'aujourd'hui. L'aide y était plus rapprochée que maintenant. En retour, jusque dans sa vie privée, l'artisan était pris tout entier par les devoirs que lui imposait son Association — et notre esprit individualiste moderne s'accommoderait mal, sans doute, d'une solidarité aussi disciplinée.

Les *Sociétés de Compagnonnage.* — A côté de ces corporations existaient en outre d'importantes Sociétés de Compagnonnage. La Maîtrise leur devenant de plus en plus fermée, les Compagnons se séparaient de leurs Maîtres pour s'associer entre eux. Dans ces groupements qui, le plus souvent, se transformèrent en Sociétés secrètes, les ouvriers soignaient leurs frères malades et leur procuraient une indemnité de convalescence. A ceux qui s'en allaient, de ville en ville, chercher du travail, ils allouaient un secours de route, le « Viaticum ». A ceux qui mouraient, ils étaient tenus de faire des funérailles honorables, etc.

Les Confréries. — A ces Associations étaient jointes, généralement, des Confréries professionnelles ou paroissiales qui avaient leur patron, leurs fêtes religieuses et restaient soumises à la tutelle de l'Eglise. Quand les Corporations et les Sociétés de Compagnonnage s'affaiblirent, les Confréries survécurent et continuèrent à exercer les fonctions de bienfaisance et aussi d'assistance mutuelles dont elles avaient la tradition. Elles imposaient à leurs adhérents un effort sérieux. Nous voyons, par exemple, que la Confrérie lyonnaise des approprieurs chapeliers exigeait un

(1) M. H. Chéron.

(2) Cf. Anatole Weber, « A travers la Mutualité ». Un vol. in-8° de 300 pages. Marcel Rivière, éditeur, Paris 1908.

(3) Signalons de suite que si nos chiffres s'arrêtent à l'année 1910, c'est que le dernier Rapport succinct (paru au *Journal Officiel* du 17 mai 1913) se réfère seulement à cet exercice. Ajoutons, par surplus, que le dernier Rapport détaillé qui ait été publié, date de 1911 et se réfère à l'exercice 1908. Nous serons donc parfois contraint à limiter notre documentation à cette dernière année.

droit d'entrée de 9 livres et une cotisation de 6 sols par semaine, 15 fr. 60 par an. La journée d'un ouvrier chapelier étant alors de 36 à 40 sous ; cela correspond donc, par comparaison avec les salaires actuels, à environ 40 francs de notre monnaie, c'est-à-dire à quatre fois ce que payent en moyenne nos mutualistes.

La Période révolutionnaire. — La Révolution écrasa tout cela ; Corporations ouvrières, Confréries, aussi bien que Jurandes et Maîtrises furent détruites. Constituants et Conventionnels n'admettaient et ne chérissaient que les libertés individuelles. Le droit d'association fut proscrit soigneusement des « Droits de l'Homme » et ni la Déclaration de 1789, ni celle de 1793 n'en firent mention. La loi du 14 juin 1791, votée par l'Assemblée Constituante sur la proposition du député Le Chapelier, proclame dans son article 2 que : « Les citoyens de même état ou profes-« sion, les ouvriers et compagnons d'un art quel-« conque, ne pourront, lorsqu'ils se trouveront « ensemble, se nommer président, secrétaire ou « syndic, tenir des registres, prendre des arrêts, « former des règlements sur leurs *prétendus* in-« térêts communs ».

Nous arrivons ainsi à une constatation quasi paradoxale : pendant des siècles, les gens de métier, artisans et ouvriers, ont pu organiser le travail dans l'atelier et la prévoyance dans la profession, et c'est la Révolution qui, par une mesure réactionnaire, décida l'émiettement des travailleurs et les mit à la merci de la seule loi de l'offre et de la demande. D'ailleurs, insinue le législateur, ont-ils seulement des intérêts communs.

La Loi impériale des 16-26 février 1810 avait couronné l'édifice en frappant les Confréries qui, sous prétexte d'exercices religieux, éludaient la loi et se réunissaient fréquemment. L'article 291 du Code pénal, qui limite à 20 personnes les réunions non autorisées, exigea pour la formation de toute Société l'agrément du pouvoir sous toutes les conditions qu'il lui plairait d'imposer.

Privée de l'organisation professionnelle, la classe ouvrière ne pouvait renoncer à cet autre bienfait que l'association lui avait si longtemps assuré : l'Aide réciproque. Comment l'homme pourrait-il rester seul ? Seul, il fait peu de chose ou rien. Réduit à ses propres forces, il lui est impossible, malgré tout son courage pour épargner, d'atténuer les souffrances et de réparer les dommages que le chômage, la maladie, la vieillesse et la mort feront subir à lui-même et aux siens. Et l'association persécutée s'organise de nouveau, prudemment, clandestinement.

La première partie du XIXe siècle. — Une cinquantaine environ d'anciennes Confréries professionnelles avaient réussi à subsister en se dissimulant. Quelques autres groupements à caractère confessionnel, israélite ou protestant, survivaient également. Autour d'eux, nous allons voir apparaître peu à peu de nouvelles associations. La Franc-Maçonnerie, qui distribue des secours de maladie, prend partout de l'extension. Les corps de métiers se reforment invinciblement en Sociétés de Secours qui, vers le milieu du XIXe siècle, pratiquent à l'occasion la résistance ouvrière et la défense des intérêts professionnels jusqu'à la grève et l'insurrection. C'est ainsi, par exemple, que l'Association ouvrière lyonnaise des Mutuellistes, fondée en 1828, avait pour but l'Union, l'assistance mutuelle entre ouvriers et le prêt des instruments de travail. En 1833, elle s'organisa pour lutter contre l'avilissement des salaires et décréta, en 1834, la grève générale des métiers qui fut l'une des causes initiales de l'insurrection d'Avril.

Malgré ce mouvement, l'acte d'association restera un délit jusqu'à la loi du 1er juillet 1901. C'est que le pouvoir — et aussi le public — redoutaient les troubles que pouvaient produire les coalitions des ouvriers affiliés et, d'autre part, l'opinion confondait souvent dans une même crainte les Sociétés secrètes et les Sociétés de Secours Mutuels

Le second Empire. — La loi du 15 juillet 1850 et le Décret organique du 26 mars 1852 vinrent pourtant affranchir ces dernières de la prohibition commune. Mais, en retour, on les mettait rigoureusement en tutelle : nécessité de l'autorisation préalable, limitation du nombre de sociétaires à 500 pour les Sociétés approuvées et à 2.000 pour les Sociétés déclarées d'utilité publique ; défense de s'étendre hors du territoire de la commune ; nomination, par le Chef de l'Etat, des Présidents des Sociétés approuvées, etc...

C'était là cependant une étape décisive dans l'histoire des Sociétés de Secours puisqu'elles bénéficiaient maintenant de la personnalité civile et recevaient une protection et une subvention de l'Etat. Elles étaient ainsi entrées dans la légalité par une porte de faveur.

On entendait toutefois qu'elles ne grandissent pas trop ; on préférait les voir se multiplier séparément. Par la dissémination, on limitait leur influence comme collectivité organisée et, par la liberté, on diminuait le recrutement des Sociétés secrètes. *Ainsi se préparait l'éparpillement des forces mutualistes que nous observerons bientôt.*

(A suivre.)



CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

I

Les blessés du travail chair à bistouri.

Dans un de nos précédents numéros (nº 10, p. 627, 1914), nous avons montré comment les blessés du travail pourraient être transformés par certains assureurs en « cobayes de laboratoire ». Il suffirait qu'un riche industriel, habile en pharmacologie, veuille expérimenter et lancer tel mirifique pansement antiseptique, etc., etc.

Voici maintenant qui est plus grave (1) :

..... La hanche à ressaut devient aussi une *sorte de truc*, parfois même de tic, qu'exploitent des militaires désireux de se faire réformer ou des accidentés du travail avides de rente.

« Il se peut aussi que dans un grand nombre de cas, le traumatisme soit seulement l'agent révélateur ou l'agent d'aggravation d'une aptitude naturelle au ressaut trochantérien qui n'avait causé jusque-là aucune gêne fonctionnelle au porteur.

« En ce qui concerne la *thérapeutique* de la hanche à ressaut chez notre jeune fille, je ne vois pas de médication bien spéciale à recommander : le repos, la balnéation chaude, les antispasmodiques, au besoin. Il faut, avant tout, que cette jeune fille fasse l'éducation de sa volonté et ne songe pas à son tic.

« A la hanche à ressaut traumatique qui peut créer une infirmité vraie, on appliquera un traitement *médical d'abord* (repos, air chaud, bains chauds, massage) ; et s'il échoue, on pourra recourir au traitement *chirurgical.*

« L'opération consistera soit en une « pexie », c'est-à-dire en une fixation à l'aponévrose du vaste externe ou au périoste du grand trochanter, du bord antérieur du grande fessier, soit mieux, en une myotomie de la bandelette de Maissiat ou du bord antérieur du grand fessier. » (*Bulletin et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, nº du 13 fév. 1914).

Mais heureusement, le blessé a le doit de refuser une intervention chirurgicale, que certainement on ne peut lui présenter comme devant le guérir et pour laquelle il courra certains risques

(1) La note que l'on va lire indique nettement qu'il y a « *deux thérapeutiques...* », suivant la clientèle. Dans la clientèle ouvrière, on n'hésitera pas à proposer une intervention chirurgicale avec tous ses aléas. Dans « l'autre clientèle », repos, balnéation. — Ah ! nous en verrions de belles, le jour où le Llibre-Choix serait aboli !

II

Revue financière des valeurs d'assurances. Les assureurs ruinés par le ccidentés du travail.

Les Compagnies Accidents sont tout aussi calmes. La *Compagnie des Assurances Générales*, dont les diverses branches tiendront leur Assemblée le 22 avril, sensiblement avant les autres Sociétés, réactionne de nouveau à 395, en perte de 1 à 8 points ; la *Foncière-Transports* a un marché assez soutenu à 470 et 475 ; la *Providence* reste ferme à 2210 sur l'annonce d'un excellent exercice pour 1913, ce qui est heureux, car, comme beaucoup d'autres, cette Société a dû faire de larges sacrifices, nécessités plus ou moins démontrées de la concurrence ; la *Prévoyance*, après avoir atteint le cours rond de 700, s'arrête, sur un marché toujours suivi, à 697 contre 699 fr. ; l'action primitive de 500 fr. a été divisée en 5 actions nouvelles, ce qui représente 3.500 fr. pour 250 de capital versé il y a 34 ans (en 1880) ; on parle de l' installation de cette Compagnie en Belgique et de son agrément imminent par le Gouvernement belge. L'*Urbaine et la Seine*, au sujet de laquelle on discute des modalités à adopter pour la libération des actions par réduction du capital, continue à recevoir une bonne impression de cette nouvelle maintenant officielle ; elle reprend son avance précédente à 1060. L'action *Préservatrice* est un excellent titre par la puissante situation de cette très ancienne et très honorable Société ; mais les vendeurs sont extrêmement rares et l'action ne cote pour ainsi dire jamais.

L'*Abeille-Grêle* conserve ses bonnes tendances à 500 ; son Assemblée générale aura lieu le 29 avril

TAUX DE CAPITALISATION ACTUELS DES VALEURS D'ASSURANCES

Incendie.	%	*Vie* (Suite).	%
Abeille...........	4 55	France..........	4 03
Aigle.............	5 65	Générale.........	4 28
Confiance.........	4 68	Monde............	4 40
Foncière..........	4 48	Nationale........	4 21
France............	4 90	Nord.............	6 »
Générale..........	5 42	Phénix...........	3 51
Métropole.........	5 47	Soleil...........	3 81
Monde.............	3 52	Union............	3 96
Nationale.........	5 31	Urbaine (libérée)..	4 50
Nord..............	5 74	— (non libérée)	4 72
Paternelle........	5 09	*Accidents.*	
Phénix............	4 97		
Providence........	5 10	Abeille..........	3 57
Soleil............	5 14	Patrimoine.......	4 01
Union.............	4 68	Préservatrice.....	3 49
Urbaine...........	5 24	Prévoyance.......	5 44
Union et Phénix		Providence.......	3 50
Espagnol......	7 02	Secours..........	5 60
Vie.		Soleil-Sécurité Générale........	2 23
Abeille...........	3 42	Urbaine et Seine..	4 40
Aigle.............	6 52	Foncière-Transp.	4 60
Caisse Paternelle.	3 94		
Confiance.........	5 38	Abeille-*Grêle*......	5 76
Foncière..........	5 81	Réunion Française	4 24

La « Prévoyance » a donc émis ses actions en 1880, au chiffre de 500 francs. Le capital versé n'a été que de 250 fr. Or ces actions primitives ont été divisées en cinq et chacune sont aujourd'hui à 700 fr. Donc un versement primitif de 250 fr. représente aujourd'hui 3500 fr. soit une plus-value de 3250 fr.

Pauvres assureurs ruinés par les ouvriers simulateurs et les médecins-marrons !... Dr D.

CHRONIQUE SYNDICALE

Les tournées médicales.

Un médecin peut-il déontologiquement avoir un cabinet médical dans différentes localités, ou peut-il faire des tournées à jour fixe dans sa circonscription professionnelle ? La question nous a été maintes fois posée et l'est encore aujourd'hui. Aussi, à la demande de plusieurs secrétaires de Syndicats, republions-nous un rapport lu au Syndicat médical de Bourg, en sa réunion du 24 juin 1903.

Les conclusions du rapporteur, Dr Canard, de Pont-de-Veyle (Ain), ont été adoptées et sont devenues la règle déontologique pour un grand nombre de syndicats médicaux.

***

Le Syndicat doit représenter dans le corps médical une sélection, une élite. Il faut, à mon avis, que le titre de syndiqué soit comme une marque de distinction, un brevet d'honneur et une garantie de moralité professionnelle.

Il est bien évident que ce but ne sera atteint qu'autant que notre réunion sera résolue à réprimer impitoyablement les écarts et les manquements professionnels et à faire une guerre sans merci aux abus dès qu'ils se produisent et avant qu'ils n'aient poussé de trop profondes racines.

Or il en est un entr'autres que je veux signaler aujourd'hui à la réunion, c'est le besoin immodéré, la soif de réclame qui commence à s'introduire dans notre profession, et tout particulièrement une de ses formes spéciales : *le cabinet médical et la tournée médicale dans les communes rurales.*

Un membre distingué du barreau de cette ville me disait naguère : « Je ne comprends pas « que le corps médical, si jaloux autrefois de sa « bonne renommée, se laisse aller à des pratiques « d'une publicité plus que douteuse pour attirer « la clientèle. Je suis scandalisé lorsque je vois, « comme cela m'est arrivé récemment, s'étaler « sur les murs des affiches annonçant que le « docteur Un Tel passera tous les deux jours ou « tous les huit jours (les jours sont désignés) dans « la commune de X., pour y donner des consulta- « tions et faire des visites aux malades qui ne « pourraient pas se rendre dans son cabinet.

« Dans une autre affiche on ajoutait : « Tous « les autres jours le Dr *** fera des visites dans « toute l'étendue de la commune au prix de... »

« Ce sont là des mœurs déplorables, ajoutait « mon interlocuteur, et qui auront vite achevé « de déconsidérer votre profession. Je suis sur- « pris, concluait-il, que vous laissiez s'établir « chez vous des habitudes d'un charlatanisme « aussi méprisable, tandis que nous ne nous per- « mettons même pas de placer devant notre « porte une plaque indiquant notre nom et notre « profession. »

Ces procédés sont en effet des plus regrettables et semblent marquer un abaissement dans le niveau moral du corps médical.

Autrefois, quand j'ai débuté dans la carrière, le médecin avait, et tous les anciens peuvent en témoigner, plus de tenue, plus de respect de lui-même et de souci de sa dignité. Il attendait que, gagné par son dévouement, son activité ou sa science, le public vînt spontanément à lui.

Aujourd'hui, et je ne veux faire ici le procès de personne, le jeune diplômé à peine installé, tout battant neuf et fraîchement sorti des moules de la Faculté, veut remuer la campagne et la ville ; il se jette à la tête de la clientèle, la ravit de force et la viole.

J'estime que le mariage d'inclination que nous contractions autrefois valait mieux que ce rapt brutal, qu'il s'en suivait une union et une entente plus durables, basées sur une affection réciproque et une mutuelle estime.

1° Il n'est pas douteux, après ce que je viens de dire, que le cabinet médical et les tournées médicales périodiques *ne soient des procédés de réclame malsaine, de nature à déconsidérer le corps médical et à porter une profonde atteinte à la dignité professionnelle.*

Ces pratiques sentent le mercantilisme de bas étage et ne sont même pas tolérées par le commerçant qui se respecte. Elles sont abandonnées au camelot qui colporte sa marchandise, au petit épicier de village ou au marchand des quatre saisons qui promène sa voiture dans les hameaux. Dans cette voie où le médecin s'engage, il ne lui manquera bientôt plus que d'adopter un cri spécial qui alternera, au milieu des bruits de la rue ou sur les routes silencieuses de la campagne, avec l'appel du chiffonnier ou du raccommodeur de porcelaine.

2° Cette pratique est non seulement contraire à la dignité professionnelle, elle *est encore et en même temps la négation absolue de tout tarif uniforme.*

Car le médecin ambulant qui se transporte en

dehors de sa résidence ne fait plus payer son déplacement. Il cueille au passage ou dans son cabinet-succursale le malade qui est prévenu à l'avance, et qui sait bien qu'il ne devra que le prix d'une consultation de cabinet ou les honoraires d'une visite d'occasion.

Alors à quoi bon élaborer à grand orchestre un tarif kilométrique, si chacun de nous a la faculté de s'en affranchir et de le tourner ? Qui empêchera même un confrère peu scrupuleux, qui voudra se disculper dans un cas particulier signalé pour infraction au tarif, à l'attention du Syndicat, de prétendre et d'affirmer que les visites incriminées sont des visites faites en tournées régulières, et par conséquent des visites à prix réduit ?

3° Il est facile de voir d'après ce qui précède que *cette façon d'agir, si elle s'implante parmi nous et se généralise, portera un coup mortel à nos intérêts.*

On peut aisément évoquer la scène qui se passe au chevet d'un malade à la campagne.

Si c'est jour de tournée médicale, pas de difficulté, on aura sa visite par occasion.

Si la tournée ne doit avoir lieu que le lendemain ou plus tard, on fera patienter le malade, et la sage-femme ou les commères du voisinage rempliront cet office. Que voulez-vous ? C'est le premier bénéfice : 3 francs au lieu de 6 ou 8 francs !... On y regarde, n'est-ce pas ? On ne gagne pas tous les jours autant.

Et que sera-ce quand il s'agira d'une maladie chronique : cancer, affection cardiaque, tuberculose ...? Ne sont-ce pas là des malades qui sont légion et qui fournissent le plus clair des revenus professionnels ?

Eh bien ! quel est celui de ces malades qui ne vous tiendra pas ce langage : « Docteur, une visite « tous les huit jours est largement suffisante. « Vous viendrez me voir, n'est-ce pas, seulement « les jours de votre tournée dans la commune ».

Et puis le confrère voisin, s'il veut conserver sa clientèle, se défendra, usera de représailles ; il sera obligé d'adopter, même s'il y répugne, les mêmes procédés de déambulation périodique. Il fera, lui aussi, son cabinet et sa tournée, et si cette pratique se généralise, ce qui me paraît inévitable, il faudra que le client soit bien naïf ou maladroit pour payer jamais à son médecin une visite entière.

Ainsi, plus de tarif plein, plus de visite médicale avec indemnité de déplacement, par conséquent diminution considérable des bénéfices de la profession, diminution dont le médecin qui aura inauguré ce déplorable système aura à souffrir comme les autres.

4° Ces procédés *porteront forcément une grave atteinte à la confraternité et rendront les rapports entre médecins plus tendus et plus difficiles.*

Car enfin de quel œil voulez-vous que le confrère lésé considère ces empiètements illicites, ces actes de maraude et de piraterie ?

Quel sentiment voulez-vous qu'il éprouve pour le confrère indélicat qui exploite sa clientèle et dont le passage régulier est une sollicitation permanente pour ses clients, une prime à leur infidélité ? Quels égards,quelle considération aura-t-il pour celui qui lui porte volontairement et d'une façon si peu confraternelle un si grave préjudice ?

Car remarquez bien que le médecin ambulant ne se contente pas de circuler dans le rayon de sa clientèle. Il parcourt et exploite aussi, j'allais dire surtout, celle des autres. Rien ne l'arrête, ni circonscription, ni distance, ni configurations géographiques, ni habitudes locales. Aucune clientèle n'est à l'abri de ses incursions. Il vient même jusqu'à votre porte, planter, comme le marchand forain, sa tente de passage. Il n'est certainement pas difficile de prévoir l'heure, et le *Concours médical* en cite déjà des exemples, où le médecin arriviste, dressé et mis en appétit par les essais encore timides de ses aînés, sans préjugés personnels et sans contrainte, mieux armé pour ce genre de concurrence, pourra, monté sur son moteur à pétrole, parcourir à lui seul, en un jour, la clientèle de cinq ou six confrères.

5° Enfin, — et c'est par là que je termine, — *c'est la ruine de toute association médicale et de tout syndicat.*

Nos syndicats, en effet, ne peuvent vivre que d'union, d'entente amicale, de confiance et d'estime réciproque. Et la pratique que je stigmatise introduira forcément dans nos rapports des éléments de suspicion, d'aigreur et de défiance.

Et puis, la base, la pierre angulaire de tout syndicat, c'est, ne l'oublions pas, l'adoption d'un tarif uniforme, élaboré par tous, respecté et appliqué par tous,loyalement, résolument et sans faiblesse. « Il faut relever les honoraires, — crie-t-on de toutes parts, — si nous voulons continuer à vivre de notre profession. » Et l'on se réunit, on relève les honoraires... sur le papier. Sortant de là, le médecin ambulant, qui a voté des deux mains la réforme proposée, s'en va à droite et à gauche faire des tournées et donner des consultations au rabais.

Est-il permis de duper plus impudemment ses confrères, et, dites-moi, après cela, ce qui peut rester debout de nos belles résolutions et de nos tarifs !!!

Je me résume.

La pratique des cabinets médicaux et des tournées médicales à jour fixe dans les communes est une pratique détestable :

1° Elle discrédite le médecin et le déconsidère aux yeux du public ;

2° Elle avilit les honoraires et rend illusoire l'établissement d'un tarif quelconque ;

3° Elle diminue par conséquent dans de notables proportions les revenus de la profession ;

4° Elle sème dans le corps médical des germes de division, de légitime susceptibilité et de défiance ;

5° Elle est la ruine de toute organisation syndicale, laquelle ne peut être basée que sur la confiance, l'estime réciproque et la pratique loyale d'un tarif uniforme ;

6° Enfin, j'ajoute, en terminant, qu'elle ouvre la porte à des abus qui ne feront qu'augmenter avec le temps, et dont ceux qui semblent en profiter aujourd'hui ne seront peut-être pas les derniers à se repentir.

N'oublions pas que le plus terrible ennemi du médecin, le seul réellement dangereux, est le médecin lui-même. « *Homo homini lupus* », a dit le poète. Avec combien plus de raison pourrions-nous dire : « *Medicus medico lupus* ! »

Et cependant il nous serait si facile de nous entendre, de nous liguer, de faire bloc contre l'ennemi du dehors, qui nous dévorera si nous nous isolons et si nous faisons œuvre de particularisme et d'égoïsme individuel.

Il le faut du reste, coûte que coûte, ou c'en est fait de l'avenir de la profession médicale. Il le faut, dussions-nous aller jusqu'à l'organisation d'un ordre médical avec ses statuts et sa chambre de discipline, laquelle, n'en déplaise à quelques confrères, trop jaloux de leur indépendance, ne nous enlèverait guère, en somme, qu'une liberté, celle de nous faire la guerre et, comme conséquence, celle de mourir de faim.

Je viens de jeter le cri d'alarme. Au Syndicat de faire son devoir.

J'espère que la réunion sera pénétrée comme moi de la nécessité de mettre un terme, par un vote énergique et unanime, à tous les *procédés de réclame en général*, par voie de bulletins, d'affiches, d'articles de journaux, etc., *et en particulier par la pratique des tournées médicales et des cabinets médicaux en dehors de la résidence du médecin.*

Je propose à la réunion l'adoption des résolutions suivantes :

1° *Il est interdit à tout médecin syndiqué d'établir dans les communes hors de sa résidence, des cabinets médicaux, et d'y faire des tournées médicales à jour fixe* ;

2° *Le cabinet et la tournée ne seront tolérés que dans les communes où un médecin non syndiqué continuerait à les pratiquer après avis recommandé du bureau du Syndicat.*

Ces deux propositions sont votées à l'unanimité par tous les membres présents.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

On refuse les enfants au-dessous de 1.750 gr. dans le service des débiles de la Maternité (1)

Nous reproduisons, d'après la Revue l'*Enfance*, un fait qui nous renseigne sur le fonctionnement arbitraire, pour ne pas dire inhumain, du service des débiles à la Maternité. Il faut qu'un enfant pèse 1.750 grammes pour avoir droit à la couveuse. Qui a bien pu élaborer ce règlement parfaitement ridicule ?

Nous laissons la parole au Dr Cibrie, et nous rapportons intégralement la lettre qu'il a écrite au secrétaire général du syndicat au mois de juin 1913 :

« Mon cher Secrétaire général,

« Je vous demande l'hospitalisation des colonnes du *Bulletin* pour ces quelques lignes dont la lecture pourra, je l'espère, être profitable à un certain nombre de nos confrères.

« C'est une histoire récente, puisqu'elle s'est passée hier, et instructive comme vous l'allez voir. Hier, à midi et demi, je fus appelé auprès d'une jeune femme que j'accouchai une demi-heure plus tard, *d'une enfant née avant terme* (6 *mois et demi environ*), les dernières règles de la mère ayant fini le 10 décembre 1912. Immédiatement, j'enveloppai l'enfant d'ouate, la fis placer dans des couvertures de laine chauffées par des bouillottes et la fis transporter en automobile, *à la Maternité*. J'avais remis un mot au père, demandant que l'enfant soit mise en couveuse immédiatement.

« Pendant ce temps je donnais mes soins à la mère, et je fis la délivrance vers 1 h. 1/2. Quelle ne fut pas ma stupéfaction de voir quelques minutes plus tard revenir le père, rapportant l'enfant ! Le service des admissions à la Maternité *avait refusé d'admettre l'enfant sans la mère*. Je fis alors ce que tout confrère eût fait à ma place et me rendis à la Maternité. Là, je vis *M. le Dr Bonnaire, chef de service*, et lui demandai *pourquoi on avait refusé d'admettre le bébé d'urgence*, comme je le demandais.

« A cela il me fut répondu que *la règle absolue* du service était *de n'admettre sans leur mère que les enfants pesant plus de* 1.750 *grammes* (celle-ci pesait seulement 1.640). *Au-dessous de* 1,750 *grammes, on les admet seulement avec la mère.* Comme je faisais observer qu'on aurait pu, à mon avis, recevoir l'enfant et le mettre en couveuse sans tarder en attendant que la mère soit elle-même transportée à la Maternité, il me fut répondu encore une fois que *la règle était for-*

(1) *La Clinique infantile*, 15 février 1914.

melle. L'enfant ne pesant pas 1.750 grammes, avait été refusée. C'était le règlement !

« Deux heures plus tard la mère arrivait en ambulance à la Maternité avec l'enfant. Celui-ci avait fait trois fois dans l'après-midi le trajet de la Maternité !

« Je vous ai demandé de porter cette simple histoire *à la connaissance de nos confrères de Paris pour qu'ils apprennent ce règlement,* ignoré, comme j'ai pu m'en convaincre hier, de tous mes collègues à qui j'en ai parlé. Pour être complet, je dois ajouter qu'ils trouveront, paraît-il, affichés dans les mairies, les renseignements qui leur permettront de faire prendre l'enfant à domicile dans une couveuse pour le faire envoyer à la Maternité où il ne sera d'ailleurs admis seul que si son poids dépasse 1.750 grammes.

« Si, comme moi, mes confrères estiment *qu'à la Maternité de Paris, il semble qu'on devrait faire* D'ABORD TOUT *le possible pour essayer de sauver un enfant,* dût-on transgresser un règlement ; que dans le cas particulier, il fallait d'abord mettre l'enfant en couveuse, ils protesteront avec moi, et demanderont à l'administration responsable des explications et une revision, s'il y a lieu, du règlement qui permet des choses de ce genre.

« Je me propose de saisir à nouveau le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine de cet incident pour lui demander de prendre telles mesures ou de faire telles démarches qu'il jugera utiles pour éviter le retour de pareils faits.

« Je me borne pour aujourd'hui à raconter l'incident. *Ainsi un confrère qui aura lu ces lignes ne s'exposera pas à faire subir de dangereux transports à un enfant né prématurément, et il aura connu par le* Bulletin, *le « Règlement » que nous discuterons plus tard, mais qui pour le moment a force de loi à la Maternité de Paris.*

« Croyez, mon cher collègue et ami, à mes meilleurs sentiments.

« Dr P. CIBRIE. »

En examinant ce fait, tous les médecins, j'en suis sûr, approuveront la conduite du Dr Cibrie, qui, dans la circonstance, a droit à tous les éloges.

Ainsi, voilà un médecin qui, sur le refus de recevoir à la Maternité un enfant né avant terme, se dérange pour demander que l'on reçoive le malheureux petit être et qui, pour toute récompense de son dérangement, se bute à un refus basé sur un règlement absurde et ridiculement draconien, règlement qui a dû être élaboré par un encéphale dont les cellules n'avaient qu'une parenté très éloignée avec l'état normal !

Et l'enfant à qui on fait faire trois fois le trajet du domicile de ses parents à la Maternité, vous m'avouerez que la petite fille avait, comme on dit vulgairement, l'âme chevillée dans le corps pour résister à un pareil traitement !

Donc pour avoir les honneurs de la couveuse, il faut avoir le poids de 1.750 grammes. Sans ce poids, pas de couveuse (1).

***

O puissance des règlements, qui prévaut contre la sauvegarde d'une petite vie humaine, dans un pays dont la natalité est loin d'être florissante !

O LETTRE appliquée étroitement, O LETTRE qui tue... ou peut tuer, quand l'ESPRIT, affaire d'interprétation humanitaire, vivifie !

Devant de semblables.... énormités, on reste désemparé et on en arrive à regretter presque de vivre dans un pays où le formalisme administratif peut atteindre un tel degré de sottise

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Le corps médical ne s'étonne plus depuis longtemps de recevoir de mauvais coups, parfois traitreusement assénés, de la grande presse et du théâtre contemporain. Il en a pris son parti et, selon le mot de l'Arabe, passe comme la caravane, en dépit que les chiens aboient.

Mais quand, par hasard, il rencontre, dans un grand quotidien, un écrit courageux et loyal, rendant à son rôle et à ses mérites la justice à laquelle il a droit, alors il s'arrête quelque peu surpris, et enregistre avec émotion le salut dont il vient d'être qualifié.

C'est sous l'empire de ce sentiment que nous sommes heureux d'emprunter à l'*Intransigeant* l'article suivant :

Surveillance médicale.

Le rôle du médecin n'est pas seulement de guérisseur mais aussi et surtout celui d'éducateur.

Consulter des médecins sur des questions médicales, confier à une commission d'hygiène le soin d'examiner si les règles d'hygiène sont correctement appliquées dans les casernes, est-il possible qu'on en soit arrivé là ? Et se peut-il qu'on prie des docteurs de se mêler de ce qui les regarde et de donner leur avis sur ce qui est de leur compétence ? Cela est difficilement imaginable, en effet, et les bonnes gens qui s'inquiètent de voir les médecins et non les architectes ou les maîtres à danser appelés à se prononcer sur ce qui concerne la santé publique ne sont pas, il faut l'espérer, au bout de leurs étonnements

(1) Nous avons ouï dire que la mortalité étant fort élevée parmi les grands débiles, de 1.000 à 1.500 gr., on avait décidé de ne plus recevoir les enfants au-dessous de 1.750 gr. pour améliorer les statistiques de Maternité.

Il est grand temps que les médecins prennent dans les manifestations de la vie sociale, la place à laquelle ils ont droit. A vrai dire, il est peu de circonstances où leur intervention ne devrait s'imposer. Cela est évident, toutes les fois qu'il s'agit d'épidémies, de mesures générales intéressant la santé publique. Mais la plupart du temps, à moins de cas urgents, de dangers qu'on ne peut dissimuler, on se heurte à la plus coupable indifférence, et ce qui semblerait la vérité la plus banale : s'adresser aux médecins en matière de maladie ou quand il s'agit de mesures d'hygiène à prendre, — c'est l'exception.

Sans doute, on consulte parfois l'Académie de médecine, mais comme celle-ci ne peut qu'émettre un vœu sans nulle sanction, le vœu le plus formel et le plus justifié reste lettre morte. On l'a bien vu à propos de l'alcoolisme... Il a fallu les meurtrières épidémies qui se sont abattues sur les garnisons pour qu'on s'inquiétât et pour que l'on demandât enfin leur avis aux médecins militaires. Et combien de réclamations et de temps faut-il parfois à l'admirable corps de santé militaire pour se faire écouter dans des cas absolument urgents

***

Partout on juge inutile, ou dangereux, le rôle du médecin dans la société et on ne l'admet qu'au chevet du malade, se bornant au strict rôle de guérisseur. On ignore trop encore son influence sur l'éducation, sur la conservation, sur l'amélioration de la race, sur le bien-être qu'à peu de frais souvent on pourrait trouver dans l'application de l'hygiène. Quand, non seulement les particuliers, mais la collectivité, consultent-ils les docteurs sur l'alimentation, sur l'habitation, sur le vêtement ? En matière judiciaire, on tient compte à présent — et il n'y a pas si longtemps ! — de l'avis des médecins sur la responsabilité des délinquants, mais en matière militaire, en est-il toujours ainsi ? L'ouvrage du médecin principal Haury : *Les anormaux et les malades mentaux au régiment*, contient à cet égard les plus précieuses indications, et, selon l'expression de l'éminent psychiâtre, on oublie trop que « les officiers ne commandent pas seulement à des muscles, mais à des cerveaux ».

Assurément, la vulgarisation médicale a répandu bien des notions utiles, mais aussi, mal comprise, combien d'erreurs ! Et elle fait défaut, là où elle serait indispensable. Songe-t-on qu'il n'y a, ni à Polytechnique, ni à Saint-Cyr, de cours spécial où les futurs officiers pourraient apprendre l'importance de la pathologie du cerveau et à se renseigner sur la valeur mentale de leurs hommes ? A-t-on songé à rendre obligatoire pour les avocats un cours de psychiâtrie ? Mais l'importance en est moindre pour ceux-ci qui peuvent toujours recourir aux conseils d'un docteur.

***

Lorsqu'on construit une maison, lorsqu'on ouvre un établissement commercial ou industriel quelconque, un médecin est-il jamais appelé pour constater que locataires ou employés ne se trouveront pas dans des conditions hygiéniques équivalent à un suicide ? On sait ce qu'il en est à ce sujet. Dans nombre d'établissements d'instruction publique de Paris ou de province, on n'imagine pas comment sont comprises les règles les plus élémentaires de propreté. Mais à défaut du médecin, vertement rembarré s'il réclame trop haut, les parents peuvent au moins exercer une surveillance, dont ils n'abusent pas, d'ailleurs.

Tant de règlements, d'ordonnances de police et de salubrité, le balayage, restent aussi méconnus que la loi contre l'ivresse. Et que dire enfin des administrations et des conditions d'hygiène de tant de fonctionnaires ? Elles ont pourtant des médecins, les administrations... On les appelle en cas de maladie, d'incapacité de travail, mais là s'arrête leur rôle. A-t-on jamais vu, dans certaines administrations, le médecin constater si les conditions d'éclairage, de chauffage, d'aération, de nettoyage, etc., ne sont pas absolument dangereuses et pour les fonctionnaires et pour le public ? Oh ! l'ironique sourire de M. Lebureau quand on parle d'hygiène... son indifférence serait moins grande, si administrateurs ou directeurs étaient vraiment responsables. Et il faudra bien un jour prochain s'occuper de cette question.....

Les médecins y aideront.

Xavier PELLETIER.

L'ANTI-ALCOOLISME OFFICIEL

Rapport ministériel et décret présidentiel.

Monsieur le Président.

Le projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation a pour but de compléter les articles 8 et 18 du décret du 10 juillet 1913 par des prescriptions visant les mesures à prendre contre les dangers de l'alcoolisme, en ce qui concerne l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les méfaits de l'alcoolisme. En ce qui concerne les travailleurs employés dans les établissements industriels et commerciaux dont la protection incombe plus particulièrement à mon département, l'usage des boissons alcooliques a des conséquences particulièrement funestes : il rend ces travailleurs plus sensibles à l'action des matières irritantes ou toxiques qu'ils met-

lent en œuvre, des poussières, gaz et vapeurs qui se dégagent dans les locaux de travail ; il enlève à leurs mouvements la précision et la sûreté nécessaires pour éviter les accidents. Enfin, la présence dans les ateliers d'individus en état d'ébriété peut faire courir de graves dangers non seulement à ces individus eux-mêmes, mais aussi aux travailleurs qui les entourent.

Le projet de décret ci-joint prévoit l'adjonction, au décret du 10 juillet 1913, de deux sortes de dispositions : les unes visent l'introduction des boissons alcooliques dans les établissements, les autres le séjour, dans ces établissements, des personnes en état d'ivresse.

Il a paru que les dispositions visant l'introduction des boissons alcooliques (énumération des boissons alcooliques autorisées, règlement intérieur fixant les conditions de cette introduction, obligation d'afficher ce règlement et de tenir la main à son exécution) trouvaient tout naturellement leur place à la fin de l'article 8 du décret du 10 juillet 1913, qui prescrit notamment aux patrons de mettre à la disposition de leur personnel de l'eau de bonne qualité pour la boisson.

Le projet de décret interdit en principe l'introduction, dans les établissements visés par l'article 65 du livre II du code du travail, de toute boisson alcoolique destinée à la consommation du personnel de ces établissements. Echappent seules à cette interdiction les boissons alcooliques hygiéniques, énumérées par l'article 1er de la loi du 29 décembre 1897, relative à la suppression des taxes d'octroi sur les boissons hygiéniques, à savoir les vins, cidres, poirés, hydromels, bières. Quant aux boissons non alcooliques, dont l'usage est fréquent dans certains ateliers, comme le thé, le café, les sirops, le coco, etc., leur introduction reste naturellement autorisée.

Les termes dans lesquels est conçue l'interdiction sont d'ailleurs très généraux : elle s'appliquerait non seulement aux ouvriers, mais aussi aux tiers que le patron aurait pu autoriser à tenir des cantines ou à venir vendre des boissons à l'intérieur des établissements. Elle s'appliquerait au patron lui-même s'il distribuait gratuitement des boissons alcooliques non hygiéniques à ses ouvriers ; quant à la vente de telles boisssons par le patron, elle est interdite comme la vente de toute denrée ou marchandise par l'article 75 du livre 1er du code du travail.

En ce qui concerne la disposition visant l'éloignement des personnes en état d'ébriété, elle a été insérée à l'article 18, à la suite de l'alinéa qui interdit d'admettre près des machines les ouvriers et ouvrières s'ils ne portent des vêtements ajustés et non flottants. La nouvelle disposition interdit de laisser entrer ou séjourner dans les établissements visés par l'article 65 du livre II du code du travail, non pas seulement les ouvriers, mais toutes les personnes en état d'ivresse ; elle permet ainsi de prévenir les accidents qui peuvent résulter pour les travailleurs d'un établissement de l'état d'ivresse, non seulement d'un de ces travailleurs, mais aussi d'une personne étrangère qui tenterait de pénétrer ou aurait pénétré dans l'établissement.

Le projet de décret a été examiné successivement par le comité consultatif des arts et manufactures, la commission supérieure du travail et le conseil d'Etat.

C'est le texte adopté par le conseil d'État, dans sa séance du 4 mars 1914, que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature.

A. Métin.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail et de la prévoyance sociale.

Vu l'article 67 du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale ainsi conçu :

« Art. 67. — Des règlements d'administration publique déterminent :

« 1° Les mesures générales de protection et de salubrité applicables à tous les établissements assujettis, notamment en ce qui concerne l'éclairage, l'aération ou la ventilation, les eaux potables, les fosses d'aisances, l'évacuation des poussières et vapeurs, les précautions à prendre contre les incendies, le couchage du personnel, etc. ;

« 2° Au fur et à mesure des nécessités constatées, les prescriptions particulières relatives soit à certaines professions, soit à certains modes de travail » ;

Vu le décret du 10 juillet 1913, portant règlement d'administration publique pour l'exécution des dispositions du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale (titre II : hygiène et sécurité des travailleurs) en ce qui concerne les mesures générales de protection et de salubrité applicables à tous les établissements assujettis ;

Vu l'avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France ;

Vu l'avis du comité consultatif des arts et manufactures ;

Le conseil d'Etat entendu,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 8 du décret du 10 juillet 1913 est complété par les dispositions ci-après :

« Il leur est interdit de distribuer ou de laisser introduire dans leurs établissements, pour être consommées par le personnel, toutes boissons alcooliques autres que le vin, la bière, le cidre, le poiré, l'hydromel, non additionnés d'alcool.

« Un règlement intérieur limitera les quantités de ces dernières boissons qui pourront être introduites et déterminera les heures et conditions auxquelles la consommation en sera autorisée.

« Les chefs d'établissement, directeurs ou gérants, sont tenus de faire afficher ce règlement dans les locaux où se font le recrutement et la

paye du personnel et de veiller à son exécution. »

Art. 2. — L'article 18 du décret du 10 juillet 1913 est complété par l'alinéa ci-après :

« Il est interdit de laisser entrer ou séjourner dans les établissements visés à l'article 65 du livre II du code du travail et de la prévoyance sociale les personnes en état d'ivresse. »

Art. 3. — Le ministre du travail et de la prévoyance sociale est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française et inséré au *Bulletin des lois*

Paris, le 29 mars 1914.

R. POINCARÉ.

VARIÉTÉS

Délicatesse médicale.

Le simple trait qui va suivre suffira tout d'abord par en fournir une preuve : vous savez que nombre de pharmaciens nous adressent des spécialités et y joignent quelquefois de petits cadeaux (coupe-papier, thermomètre, feuilles d'ordonnances, bibelots divers), pour mieux nous engager à les prescrire.

Eh bien, il y a des médecins qui en sont offusqués, qui, au nom de cette délicatesse que j'invoque, en sont presque contrariés. Sans cependant vouloir se laisser forcer la main et sans retourner l'objet envoyé, il y en a qui, pour s'acquitter, prescrivent une fois ou deux le produit, pour peu qu'il soit recommandable. D'autres en font profiter leurs clients pauvres ; d'autres enfin l'expérimentent sur eux-mêmes, lorsqu'il ne peut pas leur être nuisible, avant de l'adopter pour le compte de leur clientèle.

Cette triple façon d'agir dénote certainement une réelle délicatesse de sentiments, tout à l'honneur du corps médical.

. . . .

C'est par délicatesse que pas mal de médecins, aussi bien doués que d'autres, restent systématiquement dans l'ombre et répètent, après le chansonnier populaire :

Non, mes amis, non, je ne veux rien être,

Sans vouloir critiquer personne, ils préfèrent ne pas sortir de leur petit domaine (*parva domus, sed magna quies*) et redoutent de se risquer sur le terrain brûlant de l'agora. Ils ont entrevu les compromissions qu'il faut tolérer pour se lancer dans l'arène ; ils ont été les témoins de tristes déchéances, d'emballements irréfléchis, de ces lendemains pénibles qui témoignent que de nos jours encore, la roche tarpéienne est près du Capitole.

Les intrigues des couloirs du parlement, de même que le népotisme qui préside aux examens et concours de la faculté, les laissent indifférents. Un sourire sardonique effleure leurs lèvres, chaque fois qu'ils surprennent leurs pairs en flagrant délit d'ambition, qu'ils les voient se transformer en quémandeurs de suffrages, de panaches, de rubans ou de sinécures.

. . . .

C'est par délicatesse qu'à l'exemple du Dr Hérard, qui vient de mourir à 94 ans, après une vie si bien remplie et d'une noblesse inoubliable, ses émules sèment du bien tout en gardant l'anonyme. Comme Hérard, ils s'efforcent de soulager les misères humaines, de quelque côté qu'elles viennent ; ils goûtent un indicible plaisir, lorsque, « par une charité discrète, ils procurent à un misérable foyer un peu de lumière, de chaleur, de gaieté » ; mais ils ne veulent pas qu'on les nomme, qu'on parle de leur philanthropie et ne redoutent rien tant que la publicité tapageuse.

Ils n'ont pas besoin d'apologistes, ni durant leur vie, ni après leur mort. Ils s'occupent d'œuvres sociales ou confraternelles, bibliothèques populaires, logements ouvriers, lutte contre la tuberculose, assistance aux familles nombreuses, etc., etc., sans se préoccuper du lendemain ni « de la qualité de l'encens qu'on brûlera sur leur cercueil. »

« Aussi, comment s'étonner, ajoute Lucien Nass, que je me plais à citer, de rencontrer dans l'âme pure et droite du vieux maître, cette vertu si précieuse, au parfum trop souvent inconnu de notre moderne démocratie, la tolérance ? Comment s'étonner que ce charmant vieillard aimât la vie dans toutes ses manifestations, aimât le progrès sous toutes ses formes ? Jamais nonagénaire ne fut plus enthousiaste !

« Et dominant toute sa science, toute sa raison, tout son esprit, un cœur resté jeune, généreux, épris de charité et dont la devise favorite révèle la sagesse la plus haute et la plus rare : La véritable popularité ne s'acquiert que par la bonté. »

C'est pour cela qu'on a justement séparé la charité proprement dite, de la solidarité, qui est la panacée du moment. Comme l'a écrit Emile de Saint-Auban, il y a cependant une grande différence entre les deux : « La solidarité n'écoute pas son cœur ; elle n'a pas de cœur ; elle n'a qu'une logique qui l'emprisonne dans ses bornes. Il lui manque le sentiment qui enfante les merveilles ; elle n'est qu'une utilitaire. La solidarité calcule et son calcul la guide ; elle aide pour qu'on l'aide ; donnant, donnant. La charité aime, la solidarité raisonne. La charité est un élan, la solidarité est une affaire. Elle crée autant de familles distinctes qu'il y a d'appétits collectifs. La solidarité m'unit à ceux qui me servent et m'éloigne de ceux qui me gênent ; aussi nombreux sont

les abîmes qu'elle creuse que les liens qu'elle noue. »

....

C'est par délicatesse que les médecins respectent le secret professionnel et ne dévoilent jamais ce qui leur a été confié. Ils ont beau pénétrer dans les arcanes des familles, recevoir les confidences les plus délicates, entrevoir même ce que l'on dissimule avec soin, leurs lèvres restent closes et leur mémoire ne se souvient de certaines tares, des vices les plus soigneusement cachés comme des hérédités les plus troubles et les plus troublantes, que dans l'intérêt des personnes qui en sont victimes.

Des femmes désirables, dans tout leur éclat, des jeunes filles exquises, dévoilent devant eux ce qui ne doit pas être vu et ce qui ne doit pas être su ; ils s'efforcent de rester impeccables et de ne songer qu'à leur mission.

C'est la règle du plus grand nombre ; elle ne saurait être infirmée par des faiblesses passagères qui peuvent bénéficier de l'excuse des circonstances atténuantes, du fait qu'elles sont dues à l'inexpérience, et surtout de ce qu'elles ont pour point de départ les provocations qui n'ont rien de désintéressé, à aucun point de vue.

Je n'insiste pas, vous me comprenez à demimot.

Dans une charmante nouvelle (La date), de Marcel Prévost, il est question d'un notaire, au visage canonique, dont la figure soigneusement rasée évoquait une ressemblance ecclésiastique, qui ne cessait de répéter à son neveu, son futur successeur : « Jamais de fleurette avec la cliente, ou plus énergiquement et moins galamment, il ne faut pas que l'architecte trinque avec le maçon. »

Or, le tabellion en herbe, comme beaucoup de jeunes gens, était convaincu que courtiser les femmes est le plus noble des passe-temps, et presque un devoir ; il menait de front le travail et la galanterie et trinquait même abondamment avec le maçon, convaincu qu'il avait la tête assez solide pour ne pas se griser.

Une certaine Mme Smith se chargea de lui donner une rude leçon et le fit renoncer à ses habitudes bachiques.

Sans entrer dans les détails de l'aventure, je n'en retiendrai que la moralité, pour dire à nos confrères de tout âge, aux jeunes surtout, qu'en dehors de leur cabinet ou de leur clientèle, il existe des sources plus ou moins impures, où ils peuvent étancher leur soif, au lieu de s'exposer à bien des déboires en.... consommant à tort et à travers.

Je ne crains pas d'ajouter qu'il convient que leur impassibilité reste inaccessible, intangible : à bas les mains, à bas les pattes ! *Favete linguis*, et que les examens les plus délicats soient accomplis sans trouble et sans désirs !

Vous pouvez tout voir et tout toucher sans avoir le droit d'aller plus loin et de vous monter le coup, expression décente qui peut dissimuler les plus basses convoitises, les concupiscences les moins avouables, selon une expression chère aux prédicateurs dans leur chaire, lorsqu'ils admonestent les jouvenceaux sur les entraînements de la chair et les tentations du Malin.

....

Il serait facile de multiplier les exemples, si la nécessité de me borner ne m'obligeait pas à limiter cette apologie.

Je puis dire, comme *conclusion, que la délicatesse* la plus stricte doit présider à toutes les actions du médecin, que son rôle en sera d'autant plus considéré, d'autant mieux rémunéré qu'il en tiendra compte davantage.

On nous demande beaucoup, c'est certain ; on exige que, dans bien des cas, nous fassions parade de qualités qui touchent à la perfection. Faisons pour le mieux, sans nous considérer comme amoindris par quelques défections, par diverses défaillances, d'autant plus faciles à critiquer qu'on nous place plus haut.

Ce ne sont pas d'ailleurs les plus irréprochables qui sont les plus sévères ; la vénalité et les incorrections de bien des journalistes commanderaient plutôt l'indulgence !

Dr GRELLETY (de Vichy).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Vient de paraître ANNURIO CURIEL-MEDICO-FARMACEUTICO, Annuaire des médecins, pharmaciens-dentistes et sages-femmes d'Espagne. — Cet ouge absolument complet est unique en son genre, car aucun annuaire de ce genre n'existait jusqu'ici pour l'Espagne.

Prix 10 fr. franco — Administration de l'Annurio Curiel, calle Aragon, N° 298. — Barcelone.

— **Premier Congrès espagnol de Pédiatrie du 12 au 18 avril 1914, à Palma de Mallorca.** — Ce congrès se réunira à Palma de Mallorca dans la semaine de Pâques ; il y aura en même temps une exposition annexe pour présenter méthodiquement toutes les acquisitions de la pédiatrie sur le terrain hygiénique, artistique, industriel, alimentaire et pédagogique.

La partie scientifique se répartit sur 4 sections : elle a des rapporteurs excellents. Voici l'énumération des sections : puériculture, médecine infantile, chirurgie infantile, hygiène scolaire.

La compagnie de navigation *Islena Maritima* fait aux congressistes une réduction de 40 %, sur le voyage aller et retour de Barcelone à Palma de Mallorca.

Le superbe palais de la Lonja servira de local gratuit à l'exposition. Les compagnies de navigation *Islena Maritima* et *Menorquina* offrent aux exposants du congrès de Pédiatrie le transport gratuit.

Des récompenses sont prévues pour l'exposition, qui est sous le patronage du gouvernement espagnol. Un catalogue sera publié le 15 avril.

— L'Assemblée générale de l'*Association générale* de Prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, qui devait avoir lieu le 26 avril, est remise, en raison des élections législatives, au dimanche 17 mai.

— **La Maison du médecin.** — Nous apprenons que, dans sa séance du 26 janvier, la Commission de répartition du produit des jeux a attribué à la « Maison du Médecin » une nouvelle subvention de cent mille francs.

Suivant le programme soumis par l'œuvre à la Commission, la « Maison du Médecin » va entreprendre de nouvelles constructions (pavillon des veuves) et des améliorations au château (notamment la substitution du chauffage central au calorifère à air chaud).

Cette nouvelle faveur accordée à la « Maison du Médecin », témoigne une fois de plus de l'intérêt que lui portent les pouvoirs publics, et de son caractère nettement philanthropique et social.

— **Congrès de Thalassothérapie.** — Le Congrès de l'Association internationale de Thalassothérapie se tiendra à Cannes du 14 au 21 avril 1914.

Les rapports suivants seront présentés et discutés :

1° De la nature des radiations solaires au niveau de la mer et des moyens de les mesurer. Rapporteur : M. Daniel Berthelot, professeur à l'Ecole supérieure de Pharmacie, membre de l'Académie de médecine ;

2° De l'héliothérapie marine dans ses rapports avec l'actinométrie et la climatologie. Rapporteurs : MM. Vallot, directeur de l'Observatoire du Mont-Blanc, et le Dr Dupaigne, médecin consultant à Cannes ;

3° Effets biologiques de l'héliothérapie marine. Rapporteurs : MM. le Pr Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, et le Dr H. Bith, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de médecine ;

4° Posologie de l'héliothérapie marine. Rapporteurs : MM. le Dr d'Œlsnitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Nice, et le Dr Casse, de Bruxelles, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique ;

5° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses chirurgicales. Rapporteurs : MM. le Pr A. Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; le Dr Andrieu, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien assistant de l'hôpital maritime de Berck ; le Dr Pascal, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Cannes ;

6° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses abdominales. Rapporteurs : MM. le Dr Armand-Delille, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à la Faculté de médecine ; le Dr Revillet, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chirurgien consultant à Cannes ;

7° De l'héliothérapie marine dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires et adéno-médiastines. Rapporteurs : M. les Dr Festal, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Nice ;

8° De l'héliothérapie marine dans le traitement des tuberculoses cutanées. Rapporteur : M. le Dr Vidal, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ;

9° De l'héliothérapie marine dans les affections non tuberculeuses. Rapporteurs : MM. le Dr Claisse, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Biarritz ; le Dr Monteuuis, médecin directeur de la Villa du Repos, à Arcachon ; le Dr Malgat, médecin consultant à Nice.

Le droit d'inscription à la Réunion internationale de Thalassothérapie est fixé à 20 francs pour les membres titulaires.

Les dames sont admises au titre de membres associés moyennant une cotisation de 10 francs.

Des réductions de 50 % ont été accordées par les compagnies de chemins de fer aux membres adhérents et associés qui se rendront à Cannes pour assister à la « Réunion ».

Des excursions et réceptions, dont le programme sera envoyé ultérieurement, seront organisées à Nice, Monte-Carlo, Menton et Hyères, avec visites des établissements de Thalassothérapie et de cure solaire.

Les demandes de renseignements devront être adressées aux secrétaires : M. le Dr Cavasse, villa des Bleuets (Alpes-Maritimes) ; M. le Dr Mantoux villa Sardou, au Cannet, près Cannes (Alpes-Maritimes). Les cotisations et demandes d'inscriptions seront reçues par M. le Dr Gimbert, villa des Myrtes, à Cannes.

— **La lutte contre l'alcoolisme.** — M. Dupeux, membre du Conseil général de la Gironde, vient de déposer sur le bureau de cette assemblée le vœu ci-après :

« Considérant que le plus grand fléau qui menace actuellement la France, c'est sans contredit l'alcoolisme, en favorisant le développement de la tuberculose, en contribuant largement à la dégénérescence de notre race et en faisant perdre ainsi, chaque année, environ un corps d'armée ;

« Considérant qu'un des moyens vraiment efficaces pour diminuer l'alcoolisme consiste à limiter le nombre des débits de boissons où l'on consomme d'ailleurs de plus en plus l'alcool de toute provenance au détriment du vin naturel ;

« Considérant que cette mesure, appliquée en Suède, en Norvège, en Hollande, etc., et même dans quelques grandes villes de France : Lyon, Grenoble, a donné partout les résultats les plus probants ;

« Considérant que cette mesure ne lèse personne puisqu'elle ne vise pas les débits existants actuellement, et qu'elle les favorise au contraire en les libérant de concurrents éventuels ;

« Considérant que la ville de Bordeaux, sur l'heureuse initiative de M. le Professeur Arnozan, adjoint au maire, vient de s'honorer grandement en prenant un arrêté limitant le nombre des débits de boissons, conformément à la loi du 17 juillet 1880 ;

« Considérant qu'il y a intérêt à étendre cette mesure à tout le département de la Gironde ; qu'à l'exemple de son collègue du Morbihan, M. le Préfet peut, avec l'appui du Conseil général et en vertu de la loi de finances du 30 juillet dernier, limiter le nombre des débits de boissons dans toute l'étendue du département.

« Emet le vœu ;

« Que le Conseil général donne pouvoir à M. le préfet de prendre d'urgence cette mesure bienfaisante dans l'intérêt même de notre beau département.

(*La Province médicale.*)

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 16 Dimanche 19 Avril 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Le 28 *avril* 1914, *paraîtra, sous le numéro* 17 *bis, un numéro supplémentaire du* Concours Médical, *tiré à* 25.000 *exemplaires, et qui contiendra une Revue Générale sur la Physiothérapie, et des articles sur des questions professionnelles d'actualité* (*Exercice illégal, Défense individuelle, etc.*).

PROPOS DU JOUR

Les leçons des Faits Divers.

« Lorsque vous lisez le journal, ne dédaignez pas les faits divers, nous disait un de nos vieux amis qui se pique de connaître les hommes et de savoir juger leurs actes. J'ai vu des personnes, qui se croyaient intelligentes, en rire, les traiter de propos de concierge et de littérature de blanchisseuses ; ces gens-là sont de bien petits esprits car ils ne veulent rien connaître de la vie. Les faits divers sont, pour ceux qui savent les méditer, de vraies leçons de choses de la vie pratique. »

Nous suivîmes le conseil de notre vieil ami, et nous lûmes les faits divers. Certes, nous n'y avons pas trouvé tous les jours les beaux exemples qu'il nous avait promis ; une haute moralité ne se dégage pas nécessairement de toutes les banales escroqueries, des exploits d'apaches, ni des drames de la rue, où la détonation du browning est trop souvent, dans la discussion, le dernier mot de celui qui manque d'arguments ; mais, parfois, nous avons découvert, exposés en quelques lignes, de petits faits gros de conséquences ou d'un précieux enseignement.

Ainsi, nous lisons dans le *Matin*, du 7 avril :

Fausse déclaration d'indigence.

M. M... obtenait, l'an dernier, pour cause d'indigence, l'assistance judiciaire dans un procès en divorce. Pour avoir cette faveur, M. M... s'était présenté comme allumeur de réverbères, gagnant 5 francs par jour et n'ayant pas d'autre moyen d'existence.

L'assistance judiciaire finissait par apprendre que M. M... n'était pas exclusivement allumeur de réverbères, et 1° qu'il possédait à Esperac, canton d'Entraygues, divers immeubles d'une valeur de 10.000 francs ; 2° qu'il détenait la dot de sa femme (8.000 francs) ; 3° qu'il venait de vendre 6.000 francs un fonds de commerce de marchand de vin ; 4° qu'il exploitait un hôtel meublé, pour lequel il payait un loyer de 3.000 francs.

Poursuivi devant la onzième chambre correctionnelle, présidée par M. Jules Pacton, sous l'inculpation de fausse déclaration d'indigence (délit prévu par la loi du 12 janvier 1851), M. J. M. a déclaré en substance :

— Actuellement, ma situation est meilleure qu'autrefois. Je suis disposé à payer par acomptes les frais du procès.

Le tribunal a condamné M. M.... à 100 francs d'amende.

Et dire que nos syndicats réclament, depuis qu'ils sont fondés, l'autorisation d'intenter des poursuites contre les faux indigents qui exploitent les hôpitaux et les œuvres d'assistance, et qu'à chacune de leurs démarches, on a répondu : « Il faut une loi, sans cela, on ne peut rien. »

Lorsqu'il s'agit de l'exploitation de la justice qui, cependant, est qualifiée de « gratuite » en France, MM. les magistrats ont vite trouvé dans leur arsenal juridique les armes nécessaires pour réprimer les fraudes. Il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de préserver le bien des pauvres et de protéger les médecins ; les magistrats sont impuissants et les législateurs sont sourds.

***

Autre fait divers, toujours emprunté au *Matin* :

Le cas de M. B.

M. B., pharmacien, a, en septembre 1911, soumissionné à l'administration des douanes pour la fourniture des médicaments aux agents de l'administration.

M. B., ayant délivré pour nombre d'ordonnances qui lui étaient présentées une quantité de médicaments inférieure à la quantité prescrite, était poursuivi, hier, devant la dixième chambre correctionnelle, sous l'inculpation de tromperie sur la quantité de marchandise vendue.

A l'audience, M. B., qu'assistait Me René Hahn, a fait, en substance, cette déclaration :

D'après mon marché, je me trouvais tenu de vendre aux clients de l'administration des douanes certains produits à prix coûtant ou même à perte. Mais j'ai toujours exécuté strictement les ordonnances prescrivant des produits actifs et pouvant avoir une influence sur la santé des malades.

Sur réquisitoire de M. le substitut Maëstracci, le tribunal, présidé par M. Leydet, a condamné M. B. à deux mois de prison, avec sursis, et à 200 francs d'amende.

Le syndicat des pharmaciens de la Seine, partie civile au procès, par l'organe de Me Crinon, a obtenu contre M. B. une condamnation à 50 francs de dommages-intérêts.

Du cas de M. B. se dégagent deux leçons, une pour les administrations, les sociétés de secours mutuels et autres collectivités qui mettent les soins médicaux et les médicaments en adjudication. Elles trouvent toujours des gens indélicats pour soumissionner avec des rabais excessifs mais..... elles n'en reçoivent jamais que pour leur argent. D'ailleurs, peu leur importe : ce sont les malades qui supportent les frais de ce petit marché de dupes, et MM. les administrateurs, qui offrent à leurs employés ou à leurs mutualistes des avantages illusoires, s'inquiètent peu de la qualité de ce qu'ils leur promettent.

La seconde leçon de ce fait divers, qui n'est pas la moins précieuse, se dégage de l'action du Syndicat des pharmaciens de la Seine. Ce Syndicat est intervenu, non pour défendre l'indélicatesse du pharmacien poursuivi, mais pour lui demander raison du préjudice moral qu'il porte à la corporation, et le tribunal accorde 50 francs de dommages-intérêts au Syndicat.

Nous avons déjà préconisé, au Syndicat des médecins de la Seine, ce mode d'action pour mettre un terme aux agissements des entrepreneurs de soins médicaux à la grosse qui, dans les cliniques au sou du franc, font la concurrence la plus néfaste et portent le préjudice moral le plus grand au corps médical tout entier. Nous espérons qu'un jour prochain cette méthode se réalisera. Comme l'intervention du Syndicat des médecins sera alors une sérieuse aggravation dans les poursuites intentées contre ceux qui nous compromettent, en écumant les accidents du travail, nous avons lieu d'espérer que, petit à petit, ils renonceront à cette malsaine industrie, et que nous ne nous verrons pas opposer, toutes les fois que nous demanderons justice ou que nous défendrons notre droit, les méfaits de gens qui n'ont de médecin que le titre conféré par un diplôme, obtenu souvent Dieu sait comment.

***

Pour terminer, un dernier fait-divers. Il montre que, parfois, la simple information

oblige une presse qui a de si singulières façons d'apprécier les médecins, à leur rendre justice. Là, il n'y a pas à épiloguer, le fait brutal parle suffisamment.

Un médecin meurt victime du devoir.

Chateau-Gontier, 5 avril. — *Du correspondant particulier du « Matin »*. — Le mardi 24 mars dernier, le docteur Despiau, de Château-Gontier, soignait un diabétique qui souffrait d'une plaie à la jambe. Le docteur portait à l'index de la main gauche une égratignure, laquelle fut souillée au contact des linges ayant servi au pansement. Le médecin n'y prêta pas attention. Mais bientôt sa plaie au doigt, s'envenimant, amena des désordres graves, et malgré les soins empressés de ses confrères et du docteur Monprofit, d'Angers, le docteur Despiau succombait samedi matin au terrible mal.

Cette victime du devoir, providence des ouvriers de Château-Gontier, disparaît à l'âge de soixante ans.

Les faits inconnus de ce genre se comptent par centaines. Ils ne sortent guère de l'entourage immédiat du praticien ou du milieu de nos sociétés médicales. Les victimes les plus dignes de sympathie ne sont pas toujours celles qui disparaissent. La grande presse s'est-elle jamais préoccupée de l'épouvantable accident survenu, il y a quelques mois, à notre excellent ami et confrère, Molinéry ? A la suite d'une piqûre dans des circonstances analogues à celles du Dr Despiau, il dût subir l'amputation de la cuisse. A la fleur de l'âge, alors qu'un avenir professionnel brillant s'ouvrait devant lui, Molinéry, déjà chargé de famille, se trouva tout d'un coup dans une position si non désespérée, du moins critique. Il lui fallut alors faire appel à toute son énergie pour se créer une situation nouvelle compatible avec son infirmité. Il dut s'installer comme consultant à Barèges.

De tels exemples sont à citer et à répéter ; ils nous permettent de relever la tête devant les gens qui nous insultent et de montrer qu'il y a au moins autant d'héroïsme et d'esprit de sacrifice chez les médecins praticiens que chez les soldats de la plus glorieuse armée.

J. Noir.

La fin d'une législature.
Au sujet d'un de nos Propos.

Nous apprenons que notre dernier Propos du jour : *Doit-on rire ou doit-on pleurer* ? n'a pas eu l'heur de plaire à certains de nos honorables.

Nous en avons le plus sincère regret et nous eussions été heureux de délivrer à tous les députés en fin de législature un satisfecit sans restriction, mais, en conscience, si nous l'eussions fait, qui aurait eu la naïveté de nous prendre au sérieux ?

En tant que citoyens et en tant que praticiens, pouvons-nous nous féliciter des travaux de la défunte législature ?

Quel spectacle ont donné au pays ces députés qui, après la liquidation hâtive d'un scandale que nous ne voulons pas apprécier, ont eu une telle hâte d'aller préparer leur réélection, qu'ils ont négligé (fait sans précédent) de voter le budget de l'année en cours, budget dont ils ont élevé le déficit de plusieurs centaines de millions !

Quel spectacle plus attristant encore que de voir cette Chambre, si profondément divisée, se retrouver tout à coup unie pour voter par 412 voix contre 77, sur la proposition de M. Georges Berry, la suppression de la licence des marchands de vins, — « le seul frein dont nous disposions, a dit le ministre des finances, pour combattre l'augmentation exagérée du nombre de débits », — licence qui rapporte 36 millions au fisc et dont la suppression va augmenter d'autant le déficit, sans parler de l'encouragement donné ainsi à l'alcolisme, qui nous décime !

Il nous est permis de poser à nos honorables ce dilemme, dont nous les défions de sortir :

Ou, en votant la suppression de la licence, ils eurent la conviction de supprimer cet impôt, et alors, leur conduite était celle d'inconscients dangereux ou de criminels, puisque prévenus, ils favorisaient l'alcoolisme et augmentaient le gouffre du déficit ;

Ou, en la votant, ils furent convaincus que le Sénat, ne pouvant approuver un dégrèvement aussi inopportun, laisserait les choses en l'état, et ce mesquin calcul, piètre manœuvre électorale, ne pouvant tromper que les imbéciles, donne une triste idée de la mentalité des élus d'une grande démocratie.

Nous convenons que ces constatations sont pénibles et nous sommes prêts à ouvrir nos colonnes à ceux de nos confrères députés qui pourraient nous donner une raison plausible du vote, en fin de législature, de la suppression de la licence des marchands de vins. S'ils y réussissent, nous serons les premiers à vanter les bienfaits de la dernière Chambre et à faire amende honorable.

Nous rééditerons à ce sujet une anecdote que nous avons jadis lue, croyons-nous, dans un discours d'Anatole France.

Le spirituel romancier racontait que, dans sa jeunesse, il avait comme professeur de littérature un brave homme, grand admirateur de Chateaubriand. Un jour, le professeur commentait un passage du *Génie du Christianisme*, où était constatée la présence de trois œufs bleus dans un nid de merle. « Pour moi, disait le maître, les œufs de merle ont toujours paru gris. » Et il ajoutait d'un air pensif et non sans envie : « Mes enfants, M. de Chateaubriand était vraiment bien heureux de pouvoir les trouver bleus. »

Nous aussi, comme le bon professeur d'Anatole France, nous serions très heureux de voir sous des couleurs moins sombres la situation que nos députés ont laissée à la France en se séparant. Mais assez, sur ce sujet ; chacun sait qu'ici, nous ne voulons pas faire de politique.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Gilbert.

Pleurésie et hydrothorax dans les maladies du cœur.

Je vous ai présenté déjà dans une précédente leçon deux malades, tous deux atteints d'une cardiopathie chronique parvenue à la phase d'asystolie et tous deux atteints également d'un épanchement pleural. Le premier de ces malades est un homme de 33 ans porteur d'une lésion mitrale mixte. Son affection cardiaque fut diagnostiquée alors qu'il était au régiment, et la cause en resta imprécise. Peut-être s'est-il agi d'une cardiopathie d'origine rhumatismale, le rhumatisme cardiaque primitif n'étant pas chose exceptionnelle ; nous ne pouvons, toutefois, sur ce point, qu'émettre une hypothèse. Le second malade est un sujet plus âgé, 55 ans, atteint de cardiopathie aortique, d'aortite et d'altérations du système artériel que l'on peut logiquement rattacher à la spécificité, cet homme ayant contracté la syphilis il y a trente ans.

Chez ces deux malades, l'asystolie, menaçante depuis assez longtemps, a fini par se manifester, et c'est au cours de cette asystolie que les épanchements pleuraux se sont produits. Les circonstances au milieu desquelles l'épanchement pleural s'est développé ont été très différentes dans les deux cas. Dans le premier cas, l'épanchement s'est montré comme conséquence d'une embolie pulmonaire. Un jour, le patient, qui avait eu déjà une embolie splénique, fut pris de tous les signes d'une embolie pulmonaire, à savoir : une douleur à la partie supérieure et antérieure du thorax, à droite, douleur transfixive, irradiant en haut vers la face, vers le membre supérieur, irradiant aussi en bas, douleur violente s'accompagnant de dyspnée extrême, de toux, d'expectoration. A aucun moment, les crachats n'ont été sanglants, comme cela arrive quelquefois. En même temps, la température s'élevait et le taux des urines baissait. Dès le lendemain matin, existaient quelques signes du côté de la plèvre droite ; le jour suivant, un épanchement était constitué qui nécessitait une thoracentèse de 1500 grammes.

L'affection pleurale s'est produite d'une toute autre manière chez notre deuxième malade. Le processus a même été l'antithèse du précédent. Autant, dans le premier cas, les symptômes ont eu une allure dramatique, autant, dans le second, ils ont été insidieux, latents. Le malade était asystolique. Peut-être, accusait-il un peu plus de dyspnée que d'habitude. En réalité, c'est en l'examinant, en l'auscultant avec soin que l'on découvrit l'épanchement. Celui-ci paraît s'être fait, ici, avec lenteur, et, alors que le malade offrait seulement une dyspnée légère, nous avons pu retirer de la plèvre une quantité notable de liquide.

L'opposition entre ces deux cas s'est poursuivie jusque dans les caractères du liquide. Le liquide pleural, chez le premier malade, présentait une réaction de Rivalta très positive, une formule polynucléaire, avec un grand nombre d'hématies (épanchements que l'on a qualifiés d'histologiquement hémorrhagiques), une quantité notable de fibrine. Le liquide pleural du second malade avait un Rivalta presque négatif, peu de fibrine et une formule endothéliale.

Si, à presque tous les points de vue, les épanchements se sont montrés différents, c'est que dans un cas, il y a eu épanchement embolique et dans l'autre, hydrothorax. L'hydrothorax représente l'épanchement hydropique de la plèvre. Il est d'ordre mécanique, suscité par l'augmentation de pression dans la veine pulmonaire.

Les épanchements pleuraux observés chez nos deux malades sont des lésions directement en connexion avec l'affection cardiaque. Il ne s'est pas agi d'épanchements chez des cardiaques

mais d'épanchements par cardiopathie. Vous avez, dans ces deux observations, les deux types classiques d'épanchement pleural observables chez les cardiaques, du fait même de la cardiopathie. On peut voir, évidemment, chez les malades atteints d'affections du cœur, toutes les variétés d'épanchement pleural, de la pleurésie tuberculeuse, de la pleurésie à pneumocoques, etc. Mais on a alors affaire à une simple coïncidence, tandis que dans nos deux cas, la pleuropathie a été suscitée par la cardiopathie.

Les maladies du cœur peuvent donc déterminer deux types d'épanchement dans la plèvre : l'épanchement par embolie et l'hydrothorax. Ces épanchements sont assez fréquents, puisqu'ils se voient chez un cardiaque sur dix, à un moment ou à un autre de la maladie. Ils occupent — l'hydrothorax, comme l'épanchement embolique — surtout le côté droit, qui se trouve ainsi le côté par excellence des épanchements pleuraux des cardiaques.

On pourrait faire ici au diagnostic d'hydrothorax une objection tirée de cette notion, autrefois classique, que l'hydrothorax est par essence une lésion bilatérale, comme l'œdème des membres inférieurs dans l'asystolie. A la vérité, divers travaux récents ont renversé cette notion et il est admis aujourd'hui que l'hydrothorax n'est pas toujours bilatéral, que souvent même il est unilatéral, occupant alors, dans la majorité des cas,le côté droit. Les statistiques de Huchard, de Mercklen, de Beaufumé ont montré la prédominance à droite. Pourquoi cette unilatéralité fréquente de l'hydrothorax et pourquoi cette prédilection pour la plèvre droite? Diverses théories ont été mises en avant pour les expliquer. On a invoqué les tiraillements produits sur la veine azygos, la compression de la veine pulmonaire du côté droit, les altérations du foie si communes chez les cardiaques. La théorie la plus satisfaisante, semble-t-il, est celle qui fait jouer un rôle au décubitus habituel des asystoliques. En raison de l'état du cœur, ces malades se couchent plus volontiers sur le côté droit. Vous les trouvez, en effet, ou bien inclinés à droite, ou bien assis sur leur lit, le dos relevé par des oreillers. Quoi qu'il en soit, la notion de la prédominance à droite des épanchements pleuraux des cardiopathies doit retenir notre attention, d'autant que les signes physiques de ces épanchements pleuraux sont assez particuliers.

Ces signes physiques paraissent découler de la localisation spéciale de l'épanchement. L'épanchement pleural droit des cardiaques ne prend pas la même disposition que celui de la pleurésie aiguë. Il se localise à la base du thorax, entre le diaphragme et le poumon, exactement comme dans la pleurésie diaphragmatique. Cette topographie particulière tient à des conditions encore mal déterminées. Ici encore, il faut faire intervenir, sans doute, le décubitus spécial des cardiaques asystoliques dont je parlais tout à l'heure. Le cardiaque asystolique se tient généralement le buste relevé sur le lit. Chez un sujet dans cette posture, l'épanchement, suivant les lois de la pesanteur, se fait à la base.

Envisageons les signes physiques de l'épanchement pleural des cardiaques, que celui-ci découle de l'hydrothorax ou de l'embolie. Lorsqu'on examine, en arrière, le thorax de ces malades, on constate ordinairement, par la percussion, l'existence d'une matité restreinte, occupant, à l'extrême base du poumon, un ou deux espaces intercostaux. Il est exceptionnel que la matité remonte au-delà de la pointe de l'omoplate. En même temps, on note une diminution ou une abolition des vibrations vocales sur une zone étroite. Par l'auscultation de la même région, on peut constater une diminution ou une abolition du murmure vésiculaire, mais sans souffle, sans le souffle tubaire voilé de la pleurésie vulgaire. Il n'y a pas davantage d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Par l'inspection, on note quelquefois une légère voussure du thorax. Par la palpation bimanuelle, on trouve parfois un élargissement de la base du thorax, mais ce phénomène fait habituellement défaut. Tous ces signes, d'ailleurs, signes tirés de la palpation, de la percussion et de l'auscultation, *en arrière*, peuvent manquer.

En réalité, dans les épanchements pleuraux droits des cardiaques, les principaux signes sont fournis par l'examen *antérieur* de la base droite. A l'état normal, en avant, le foie détermine à la base thoracique droite une matité qui remonte au 5e espace intercostal. A la matité hépatique succède, plus haut, de la submatité, puis, au 4e espace, de la sonorité. Chez ces malades, la percussion montre que la matité du foie se prolonge au-delà de la limite normale. On trouve de la matité dans le 4e espace, au lieu de sonorité, et même de la submatité dans le 3e espace. Il est des cas où les signes antérieurs sont très nets, et où il n'y a aucun indice caractérisé d'épanchement à l'examen postérieur. Aussi, ne faut-il jamais, chez les cardiaques asystoliques, lorsqu'on soupçonne un épanchement pleural, négliger l'exploration thoracique droite, en avant. C'est là la clef du diagnostic.

Quand on constate ces signes, on pourrait être porté — étant donné que le foie hypertrophié (il l'est souvent chez les cardiaques) déborde les fausses côtes — à attribuer à l'hypertrophie hépatique les modifications perçues à la base du thorax. Il faut se défendre de cette interprétation qui, en fait, n'est jamais exacte.Quand vous trouvez ces signes, vous pouvez être sûrs en quelque sorte qu'ils sont fournis par un épanchement entre le diaphragme et la base du poumon.Vous le vérifierez facilement en modifiant la position du malade, en le faisant successivement allonger et

asseoir sur son lit. Au moment où le patient passe de la position couchée à la position assise, il se produit un phénomène connu sous le nom de dénivellement : en raison de la mobilité et du déplacement du liquide, la zone de matité augmente d'étendue ; sous l'influence de la pesanteur, le liquide qui tendait à se loger en arrière tend à venir en avant. La matité change de hauteur, elle gagne le 3e espace, si elle occupait le 4e, le 4e si elle occupait le 5e. Une semblable mobilité se constate aussi dans la pleurésie vulgaire, mais à un moindre degré, en raison d'adhérences et de la nature du liquide ; sa réalité y est même discutée.

Dans les épanchements dont nous nous occupons, il n'y a pas d'adhérences et le liquide est très mobile. Si vous faites recoucher le malade, le liquide reprend le niveau qu'il avait précédemment. Ce dénivellement, qui est facile à constater, est caractéristique de la présence du liquide.

Lorsque, ayant fait les recherches en question, vous estimez qu'il existe un épanchement, vous devez en obtenir la vérification par la ponction. Elle se pratique avec une aiguille un peu longue, car il est nécessaire de pénétrer assez profondément. On enfoncera l'aiguille dans l'espace intercostal le plus déclive : ici, ce n'est pas le 5e, le 6e, le 7e, c'est le 9e. Si le résultat n'est pas obtenu, on ponctionnera dans le 10e et même le 11e.

Une fois le diagnostic établi, le traitement en découle naturellement. Ces épanchements pleuraux des cardiaques, qu'ils se produisent par embolie ou par hydrothorax, ont une répercussion marquée sur l'asystolie génératrice. L'épanchement comprime le poumon et le champ de la petite circulation, d'où dyspnée et augmentation de la gêne circulatoire dans le cœur droit. La répercussion sur le cœur est des plus accentuée. Aussi, y a-t-il intérêt presque toujours à recourir à la thoracentèse et à soustraire le liquide accumulé dans la plèvre. Non seulement, l'épanchement pleural exerce une action néfaste sur l'asystolie, mais encore il rend généralement inefficace le traitement de cette asystolie. La digitale reste alors sans effet. De là l'utilité de « lever les barrages », selon l'expression de Peter.

On pratiquera la thoracentèse dans l'espace au niveau duquel aura été faite la ponction exploratrice. On la pratiquera avec lenteur, surtout chez les aortiques, comme notre deuxième malade. Vous connaissez la facilité qu'ont les aortiques de faire de l'œdème pulmonaire. D'une façon générale, en pratique, on est surpris de l'abondance de l'épanchement. C'est là un des points les plus curieux de l'histoire de ces épanchements. Il arrive que, même sans signes en arrière, on peut soustraire 800 et 1000 gr. de liquide. Quand il existe des signes en avant et en arrière, c'est 1.500 gr., parfois 2000 gr. et plus. On hésitait à pratiquer la thoracentèse, on se demandait s'il y avait du liquide, et l'on retire 1000, 1500, 2000 gr. de cet épanchement qui se dissimulait.

Dès que la thoracentèse est pratiquée, on constate, en général, un amendement remarquable de l'asystolie. La dyspnée s'atténue, les urines augmentent de quantité, et cela, sans médicament, du seul fait de la soustraction du barrage. Il y a des cas, il est vrai, où, pour obtenir ce résultat, il est nécessaire de donner des médicaments et en particulier de la digitale, après l'opération. C'est ainsi que les choses se sont passées chez nos deux malades. Le premier, en particulier, a été absolument transformé par une thoracentèse de 500 gr.

Souvent ces épanchements se reproduisent, les hydrothorax en particulier. On a rapporté des observations où l'on dut recourir à la thoracentèse jusqu'à 60 et 80 fois. Ces ponctions multiples paraissent d'ailleurs avoir plutôt des effets favorables. C'est dans ces conditions que l'on peut être conduit à pratiquer des injections modificatrices dans la cavité pleurale, des injections d'air, en particulier.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix.)

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Désinfection des mains par la solution iodée étendue. — Comme complément du nettoyage au savon, il est très indiqué de plonger les mains, pendant quelques minutes, dans une cuvette contenant 1/2 litre d'alcool (non dénaturé) auquel on a ajouté cinq centigrammes environ de teinture d'iode. Cette solution peut rendre de très gros services dans la chirurgie d'urgence à la campagne.

(J. Pakowski (de Clermont-Ferrand). *Progrès méd.*).

Traitement des anémies par le fer colloïdal électrique. — On injecte sous la peau, dans les muscles ou dans les veines, 2 à 5 centimètres cubes de la solution au millième. Aucun inconvénient n'est à redouter, et l'action sur le sang et sur l'état général est prompte.

B. G. Duhamel (*Soc. thérap.*)

Traitement des accidents de l'anaphylaxie sérique. — Devant un état de choc anaphylactique, en dehors de l'huile camphrée, de la caféine et de la strychnine, on aura très avantageusement recours à l'injection sous-cutanée de 1/4 ou 1/2

centimètre cube de la solution au millième d'adrénaline. On peut renouveler à court intervalle.

Maurice Dubois (*Le Scalpel.*)

Les dangers de l'emploi de la santonine chez l'enfant. — La santonine n'est pas un vermifuge inoffensif chez l'enfant. On ne doit pas la prescrire au-dessous de deux ans et il ne faut pas oublier que les doses thérapeutiques peuvent être toxiques. En tout cas, on rejettera l'emploi du biscuit vermifuge, dont le dosage n'est pas suffisamment sûr.

A. Chassevant (*Soc. méd. légale.*)

La compression oculaire dans les phénomènes nerveux. — Le vertige, certains accès dyspnéiques, l'éternuement, le bâillement, le hoquet, disparaissent presque constamment par la compression des globes oculaires. L'action s'exerce vraisemblablement par l'intermédiaire du trijumeau.

Loeper (*Soc. méd. hôp.*)

Formule de pommade contre la chute des cheveux. — Après lavage du cuir chevelu avec une décoction de bois de Panama et massage par tapotement, on l'enduit, sur raies rapprochées, d'un peu de la pommade suivante :

Moelle de bœuf	30 gr.
Baume du Pérou	3 gr. 50
Alcool à 90°	10 gr.
Soufre sublimé	0 gr. 50
Teinture de cantharides	0 gr. 35
Teinture de girofle	} ââ V gouttes
Teinture de cannelle	

A. Robin.

A. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les greffes en caoutchouc. — La fièvre typhoïde à Avignon, en 1912. — Emploi des arsenicaux en agriculture. — Le vaccin anti-gonococcique de Nicolle. — Recherche des hémoconies dans le pronostic des ictères de la puerpéralité. — Réaction d'Abderhalden dans la grossesse. — Bradycardie des suites de couches. — Gangrène du col par injections caustiques.

M. Pierre Delbet lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *greffes en caoutchouc.*

Le caoutchouc est une substance qui se comporte comme un colloïde négatif et offre là une ressemblance avec les colloïdes du sérum sanguin. S'appuyant sur cette propriété en quelque sorte paravivante, M. Delbet s'est demandé si l'on ne pourrait pas utiliser avec avantage le caoutchouc pour les greffes chirurgicales.

L'expérience journalière prouve, effectivement, que les tissus humains ne présentent aucune réaction appréciable au contact des drains de caoutchouc. M. Tuffier et M. Carrel ont constaté, d'autre part, que le sang circulant ne se coagule pas en passant sur une feuille de caoutchouc. Cette substance, enfin, peut rester longtemps intacte dans les tissus. M. Delbet a trouvé, en 1886, dans un kyste du maxillaire, un drain qui y avait été oublié par Chassagnac plus de vingt ans auparavant ; il n'était pas altéré.

Au point de vue particulier des greffes, M. Delbet s'est servi du caoutchouc dans deux cas. Dans le premier cas, qui concernait une adhérence tendineuse, une mince feuille de caoutchouc fut interposée entre le tendon libéré et l'os sous-jacent. Dans le second cas, une paroi abdominale effondrée par une volumineuse hernie fut reconstituée par une lame épaisse de caoutchouc, de 7 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Les résultats ont été excellents.

— M. Pamard fait à l'*Académie de médecine* une communication sur l'*épidémie de fièvre typhoïde d'Avignon, en* 1912.

L'épidémie éclata brusquement le 29 juillet 1912 et fut immédiatement intense. La diffusion rapide, dans toute la ville, des cas de fièvre typhoïde, fit penser qu'il y avait eu contamination des canalisations municipales d'eau. On prit aussitôt des mesures de stérilisation de cette eau (ébullition, addition d'hypochlorite de soude), et des vaccinations antityphiques furent faites avec le vaccin de Vincent. L'épidémie s'arrêta rapidement.

M. Mosny remarque que les bienfaits de la vaccination antityphique ne doivent pas faire perdre de vue la nécessité de distribuer à la population des eaux potables, de bonne qualité. D'ailleurs, à côté de la population fixe — qui, étant mise au courant du danger, peut se faire vacciner, — il y a la population flottante, les voyageurs, les étrangers, qui doivent être protégés.

— L'*Académie de médecine* termine la discussion du rapport de M. Lucet concernant l'*emploi des arsenicaux en agriculture,*

L'Académie, considérant que tous les sels arsenicaux sont éminemment toxiques et que la généralisation de leur usage en agriculture peut exposer l'homme et les animaux à de graves intoxications aiguës ou chroniques, émet le vœu suivant :

« 1° Qu'au cas où les Pouvoirs publics autoriseraient l'usage des arsenicaux pour les besoins agricoles, les précautions à prendre soient minutieusement précisées et surveillées, largement portées à la connaissance du public et comportent des sanctions au cas d'infraction.

« 2° Que le gouvernement provoque et encourage, par tous les moyens en son pouvoir, des recherches ayant pour but de substituer aux arsenicaux des

procédés moins dangereux de lutte contre les maladies parasitaires des plantes. »

— MM. BAR et LEQUEUX rapportent à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* de nouveaux cas où ils ont employé le *vaccin antigonococcique de Nicolle.*

Les auteurs rappellent qu'ils ont précédemment relaté quatre observations de salpingite double où a été appliqué le traitement par le vaccin antigonococcique de M. Ch. Nicolle. Les bons résultats signalés dès le début chez ces malades se sont maintenus.

MM. Bar et Lequeux ont traité depuis deux autres malades par le vaccin de Nicolle. Chez l'une, atteinte de bartholinite suppurée, les effets restèrent peu nets. Chez la seconde, atteinte de salpingite double, l'amélioration fut moins sensible que dans les observations de la précédente série.

Employé préventivement contre l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, le vaccin de Nicolle (injecté à 76 enfants, à la dose de 2 gouttes 1/2, immédiatement après la naissance) n'a provoqué aucun accident, mais ne semble pas avoir eu d'action préventive réelle : 3 enfants présentèrent, en effet, de l'ophtalmie. Appliqué au traitement de l'ophtalmie elle-même, le vaccin a réussi une fois à produire un arrêt de la sécrétion et a échoué deux autres fois.

M. SIREDEY s'est servi du vaccin de Nicolle chez trois femmes atteintes de salpingite coïncidant avec de l'uréthrite gonococcique. Deux d'entre elles sont encore en traitement, avec tendance à une amélioration lente. La troisième a offert une amélioration rapide paraissant due au vaccin.

M. Siredey a traité également par le vaccin de Nicolle un sujet atteint de violente arthrite du genou ayant tous les caractères d'une grave arthrite blennorrhagique. La guérison fut obtenue, après 5 injections, en un mois et demi. Par contre, dans un cas de blennorrhagie aiguë avec orchite, le traitement parut plus nuisible qu'utile et la deuxième injection fut suivie d'une réaction vive sur l'orchite.

M. LEPAGE a eu l'occasion d'employer le vaccin de Nicolle chez une jeune femme pour une bartholinite aiguë. Chacune des sept injections qui furent pratiquées provoqua, le soir même, une élévation de température dépassant 38°. La bartholinite dut être incisée.

M. PIERRE DELBET n'a pas obtenu de grands résultats, dans son service, avec le vaccin de Nicolle. Les salpingites ne lui semblent pas un bon terrain d'observation pour juger de l'efficacité du traitement. Leur évolution spontanée est, en effet, d'une extrême fantaisie.

M. Delbet a traité quelques épididymites blennorrhagiques par le vaccin. Leur évolution n'a pas paru modifiée. En outre, une arthrite blennorrhagique grave étant entrée dans son service, l'auteur annonça à sa clinique qu'elle allait guérir comme par enchantement avec les injections de vaccin. Malheureusement, les injections n'eurent aucune action ni sur les douleurs, ni sur l'œdème, ni sur la température. L'évolution de l'arthrite ne fut pas modifiée en quoi que ce soit.

— MM. CYRILLE JEANNIN et LEVANT communiquent à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* un travail sur la *valeur pronostique de la recherche des hémoconies dans les ictères de la puerpéralité.*

On sait que les hémoconies apparaissent dans le sang, sous forme d'une multitude de petites particules réfringentes et excessivement mobiles lorsque, après ingestion de graisses, l'absorption de ces graisses s'est faite normalement, grâce au bon fonctionnement du foie biliaire. La recherche de ces éléments constitue donc un moyen élégant d'apprécier le fonctionnement de la cellule hépatique et peut entrer en parallèle avec l'examen des urines et l'épreuve de la glycosurie alimentaire dans les différents ictères.

MM. C. Jeannin et Levant ont étudié systématiquement les hémoconies par l'examen ultra-microscopique, dans le sang de trois femmes (dont 2 étaient enceintes et une accouchée) qui présentaient un syndrome ictérique. Chez la première, atteinte d'ictère catarrhal au 6e mois de sa grossesse, l'épreuve, positive, indiqua que la cellule hépatique était peu touchée. Chez la seconde, atteinte de vomissements incoercibles au 3e mois de sa grossesse, la recherche des hémoconies resta négative ; M. Bar pratiqua l'avortement thérapeutique et les hémoconies réapparurent. Chez la troisième, atteinte d'ictère au cours d'une infection puerpérale, l'épreuve des hémoconies, pratiquée 5 jours de suite, fut toujours négative. La femme mourut le 11e jour, et les coupes du foie firent voir une dégénérescence intense de la cellule hépatique.

— M. LE LORIER présente à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* une étude sur la *réaction d'Abderhalden dans la grossesse.*

M. Le Lorier a recherché cette réaction chez 29 femmes enceintes. Il a obtenu 17 résultats positifs, 7 négatifs et 5 douteux.

M. BAR pense que les résultats négatifs ou douteux dans les expériences de M. Le Lorier tiennent probablement à une imperfection de technique. M. Ecalle, qui a poursuivi les mêmes recherches, au laboratoire de la clinique Tarnier, a toujours constaté un résultat positif, chez les 107 femmes enceintes dont il a examiné le sérum. La réaction peut être, il est vrai, positive, en dehors de la grossesse (20 fois sur 63 cas examinés par M. Ecalle).

Pour M. Pierre DELBET, la valeur clinique de la réaction d'Abderhalden ne semble pas négligeable. Dans les cas douteux, où l'on pense à une grossesse extra-utérine, elle peut rendre des services. La réaction, si elle est négative, éloigne l'idée de grossesse.

— MM. FABRE et PETZETAKIS présentent à la *Société obstétricale et gynécologique de Lyon* une note sur la *bradycardie des suites de couches.*

Le ralentissement du pouls des accouchées est un

phénomène connu depuis longtemps. Etudiant son mécanisme par l'épreuve de l'atropine, MM. Fabre et Petzetakis concluent que cette bradycardie des suites de couches relève d'une influence nerveuse du pneumogastrique, d'ordre réflexe ou toxique.

— M. Herrgott rapporte à la *Société obstétricale et gynécologique de Nancy* un cas de *gangrène du col par injection caustique*.

Il s'agit d'une femme qui se pratiqua, pour provoquer un avortement, trois injections intra-utérines de solution forte de sublimé (une pastille de 0 gr. 25 dans une cuillerée et demie d'eau). Il s'ensuivit de la gangrène au niveau du col, qui s'élimina en totalité. La malade succomba d'accidents septicémiques et d'embolie pulmonaire

MALADIES DE LA NUTRITION

La goutte,

(*Suite*)

II

Diététique.
Traitement de la diathèse goutteuse.

Des données fournies par l'étude de la pathogénie et de l'étiologie (1) découlent nécessairement la diététique et la thérapeutique de la goutte.

Les faits pathogéniques capitaux, au point de vue de l'établissement de l'ordonnance, sont les suivants :

1° L'acide urique dérive des nucléo-albumines, dont 40 % environ sont exogènes et 60 % environ sont endogènes ;

2° Il dérive aussi des purines, qui représentent un stade intermédiaire dans la transformation des nucléo-albumines en acide urique ;

3° L'uricolyse du goutteux est moins complète que celle de l'individu sain ;

4° Le goutteux élimine l'acide urique et les composés xanthiques et puriques qui ont échappé à l'uricolyse plus lentement et plus incomplètement que l'individu sain

a) Parce que sa perméabilité rénale est insuffisante ;

b) Parce que l'acide oxalique, dont le taux normal de quelques milligrammes est très augmenté au cours des maladies par ralentissement de la nutrition, précipite l'urate dissous qui circule dans le plasma sanguin ;

c) Parce que l'acide thyminique, dissolvant naturel de l'acide urique, fait plus ou moins complètement défaut dans la goutte.

Recherchons quel profit la prophylaxie et le traitement de la goutte doivent tirer de ces enseignements.

(1) Cf. n° 7 du 15 février 1914.

Régime alimentaire.

Il est un fait qui laisserait assez perplexe le praticien désireux d'instituer un régime alimentaire d'une absolue sévérité : c'est que les nucléo-albumines et les purines formées dans l'économie sont plus abondantes que celles introduites par l'alimentation. A quoi bon, dès lors, soumettre un goutteux au supplice quotidien de ne se nourrir que de certaines variétés de légumes ou de fruits, ou de lait seul, ou bien encore de deux kilos de beafsteack haché et de deux litres d'eau chaude, si la récompense de ces pénibles prescriptions ne réside que dans la suppression d'un tiers des matériaux producteurs d'acide urique ? Si même on s'imaginait qu'au lieu de s'efforcer à réduire le taux de ces matériaux exogènes jusqu'à une certaine limite raisonnable, il faut à tout prix le ramener au zéro, croit-on que la majorité des goutteux s'assujettirait à observer éternellement les règles d'une diététique par trop draconienne ?

Aussi, une certaine tolérance est-elle aujourd'hui de mise dans l'établissement du régime alimentaire d'un goutteux. On se borne à interdire les aliments riches en purines, en acide oxalique comme en acides acétique et lactique, en ptomaïnes dangereuses pour le foie et pour le rein. On proscrit de même les aliments de digestion difficile.

Ces divers aliments figurent dans la liste suivante :

1° *Aliments nuisibles par les nucléines ou les purines* : viandes jeunes (veau, agneau, cochon de lait, poulet de grain), cervelles, ris de veau, foie, rognons, tripes, charcuterie. Caviar, laitances de poissons, crustacés, poissons gras, comme le saumon, l'anguille, le maquereau, poissons salés ou marinés (thon, sardines).

Légumineuses.

Aliments gélatineux (tête de veau, pieds de mouton, queue de bœuf, peau des animaux, gelées).

Café, thé, cacao, chocolat (la caféine et la théobromine étant des méthyl-purines).

Le pain doit être consommé en quantité très modérée : il engendre de l'acide urique et peut provoquer, par fermentation, la production d'acide acétique.

2° *Aliments nuisibles par l'acide oxalique, acétique ou lactique* : oseille, rhubarbe, haricots verts. Les épinards, qui contiennent de l'acide oxalique, contiennent aussi des sels de potasse, utiles aux goutteux : ils peuvent être autorisés en petite quantité.

Vinaigre, marinades.

Cultures de bacille lactique, yoghourt.

3° *Aliments nuisibles par les ptomaïnes* : gibier faisandé, conserves, poissons fumés, bouillons, extraits de viande ;

4° *Aliments de digestion difficile* : les aliments gras. On usera modérément de porc, on évitera les volailles trop grasses, les noix, les amandes et les noisettes.

Les amylacés seront consommés en faible quantité.

✦✦✦

5° *Le sel.* Le chapitre du sel mérite une attention toute particulière.

Certains goutteux ont, à peu près constamment, un certain degré de rétention chlorurée, et il peut sembler que les œdèmes, même légers, que provoque la présence des chlorures dans leurs tissus aient une influence notable sur la précipitation de l'acide urique. Le fait clinique suivant vient singulièrement à l'appui de cette hypothèse.

Un de nos malades, goutteux avéré, à crises articulaires aiguës fréquentes, fait pratiquer une analyse d'urine au cours d'une villégiature sur une plage du sud-ouest de la France, et nous remarquons que la quantité de chlorures éliminée est passée brusquement de 7 à 9 grammes, son chiffre habituel, à 16 grammes par 24 heures,— phénomène qui coïncide avec l'entière disparition des œdèmes légers, mais constants, qu'il présentait au niveau des mains, des malléoles, du dos du pied, parfois même du cuir chevelu. Il est intéressant de noter qu'aucun régime spécial n'a été suivi et que les aliments que prend notre malade sont toujours préparés de la même façon, puisqu'il s'est déplacé avec son personnel ; de telle sorte que la cause de cette décharge de chlorures reste mystérieuse et qu'on serait tenté d'admettre une influence climatique.

Devant la disparition des œdèmes et le parfait état général de notre goutteux, nous lui conseillâmes, lors de son retour à Paris, un régime déchloruré assez strict. Le taux des chlorures éliminés en 24 heures tomba à 5, 6 et 7 grammes, chiffres parfaitement en rapport avec le régime, et près de deux années s'étaient écoulées depuis son dernier accès de goutte quand le malade en eut un nouveau, alors qu'auparavant, l'intervalle entre deux accès dépassait rarement neuf à dix mois ; et encore la sévérité du régime déchloruré s'était-elle sensiblement relâchée, les derniers temps.

Ainsi, il semble indiqué de restreindre fortement l'usage du sel chez les goutteux, chez certains tout au moins. L'analyse fréquente des urines pourra guider à ce sujet.

Le goutteux pourra manger n'importe quel aliment en dehors de ceux ci-dessus énumérés.

Encore convient-il de remarquer que certains auteurs font des réserves en ce qui concerne l'utilisation dans l'organisme des purines alimentaires.

Ainsi, Rathery conteste la nocivité du ris de veau, qui, d'après Walker Hall, traverserait le tube digestif sans qu'aient été absorbées les nucléo-albumines qu'il contient en abondance : ce qui peut rendre tolérant à l'égard d'une infraction passagère au régime habituel.

Ce régime sera composé des aliments suivants :

Viandes faites, bœuf et mouton surtout ; gibier *extrêmement frais* ; poulet adulte, pigeon.

Jambon maigre.

Poissons maigres : merlan, sole et limande surtout ; truite.

Les œufs pourront être tolérés, à condition de ne pas dépasser deux par jour : et encore faudra-t-il se défier de la susceptibilité toute particulière que présentent à leur égard certains sujets, qu'un seul jaune d'œuf intoxique.

Légumes : en dehors de ceux formellement interdits, tous ceux qui seront aisément digérés : salsifis, carottes, oignons, céleri, artichaut, pissenlit, endives, crosnes, choux-fleurs, salades cuites, aubergines et asperges en petite quantité. La tomate, autrefois condamnée, est aujourd'hui réhabilitée. La truffe ne contient, d'après Rathery, rien de nuisible au goutteux, ainsi d'ailleurs que les autres champignons ; tout au plus surmènerait-elle l'activité gastro-hépatique ; au titre de mets exceptionnel, elle peut être autorisée.

Les fruits seront consommés surtout cuits : ils pourront cependant être mangés crus. Raisins, poires, pommes, oranges, fraises, groseilles, pêches, abricots, cerises, figues fraîches. Le jus de citron sera précieux comme condiment.

Fromages frais, non fermentés. Beurre, cru ou fondu plutôt que cuit, modérément.

Les boissons doivent être prises en quantité suffisante pour assurer constamment une diurèse abondante. On boira un verre 1/2 environ à chaque repas, et un grand verre d'eau d'Evian ou de Vittel dans la matinée, à 5 heures, et au coucher. Le vin sera autorisé en petite quantité : 1/4 de bouteille, par repas, de Bordeaux rouge ou d'un vin blanc très léger, non sirupeux. Le cidre sec peut être permis : il était recommandé par Garrod. Bières, apéritifs, liqueurs, café, thé (sauf, à la rigueur, une infusion très légère par jour) seront interdits. Certains médecins, se basant sur la différence qui existe entre les boissons fermentées et les boissons distillées, autorisent, à petites quantités, cognac et wisky.

Quelques règles sages doivent présider à la composition des menus et à l'accommodement des mets :

1° Le goutteux ne sera jamais un gros mangeur : il usera de végétaux plus que d'aliments azotés : 1/4 environ de ceux-ci pour 3/4 de ceux-là.

2° Afin de ne pas être tenté de manger de façon immodérée, et pour bien digérer ses aliments, il s'abstiendra scrupuleusement de tout ce qui peut exciter l'appétit, en flattant le goût, ou bien rendre indigestes ses mets : sauces, épices, cornichons, moutarde.

3° Il tiendra compte, dans la plus large mesure possible, de ses goûts personnels et de ses capacités digestives vis-à-vis de chaque aliment.

4° Il mastiquera fort soigneusement.

5° Enfin, s'il peut se permettre, de temps à autre, un léger écart de régime, portant sur un aliment ordinairement interdit, il se gardera bien de l'écart massif, celui d'un banquet, d'un grand dîner.

Traitement de la diathèse goutteuse.

Les précautions alimentaires tendent à diminuer

la quantité d'acide urique formé par le goutteux. Il faut maintenant assurer son élimination.

Ici commence le rôle du *traitement médicamenteux*, qui doit, tout d'abord, favoriser la solubilisation de l'acide urique.

La lithine en est un dissolvant faible : une partie d'urate acide de lithine se dissout dans 370 parties d'eau. On la donne sous forme de benzoate ou de carbonate : cinquante à soixante centigrammes par jour.

La pipérazine (diéthylène-diamine) agit plus énergiquement, puisqu'une partie d'urate acide de pipérazine se dissout dans 50 parties d'eau : on en prescrit cinquante centigrammes à 1 gr. 50 par jour.

Le sidonal, ou quinate de pipérazine, présente sur la pipérazine cette supériorité que son acide quinique, mis en liberté dans l'organisme, se combine comme l'acide benzoïque avec le glycocolle pour s'éliminer sous forme d'acide hippurique. On peut en prescrire 3 à 8 grammes *pro die*, mais ces doses sont inutiles quand il s'agit d'un traitement prolongé et trente à cinquante centigrammes suffisent parfaitement.

Le lycétol dérive encore de la pipérazine (tartrate de diméthyl-pipérazine) : 1 à 3 grammes par jour, dans de l'eau gazeuse.

La lysidine (méthyl-glyoxalidine), produit malheureusement fort cher, est un excellent dissolvant de l'acide urique, puisqu'une partie d'urate acide de lysidine se dissout dans 6 parties d'eau : elle se prend à la dose de 1 à 4 grammes dans de l'eau de Seltz.

L'hexaméthylène-tétramine, ou formine, découverte par Bardet et, après une éclipse de quelques années, revenue triomphalement d'Allemagne sous le nom d'urotropine, constitue plutôt un excellent antiseptique des voies urinaires : à la dose triquotidienne de cinquante centigrammes, prise, chaque fois, avec un grand verre d'eau, elle exerce cependant une certaine action urico-dissolvante.

De même, l'helmitol, combinaison d'urotropine et d'acide anhydrométhylènecitrique, qui se prend à la dose moyenne de 2 à 3 grammes par jour.

Le solurol, enfin, représente une parfaite médication de la diathèse goutteuse. C'est, en effet, de l'acide thyminique, ce dissolvant naturel de l'acide urique qui, on le sait, fait défaut dans l'organisme des goutteux. On en prescrit soixante-quinze centigrammes *pro die*.

Telle est la liste des principaux solubilisants de l'acide urique. Elle est longue, et il faut bien se pénétrer de cette vérité que si ces produits sont à tel point nombreux, c'est qu'ils agissent beaucoup plus radicalement *in vitro* qu'*in vivo*.

Aux côtés de la médication dissolvante, deux autres, entièrement opposées l'une à l'autre, l'alcaline et l'acide, ont été prônées.

L'action favorable des alcalins est incontestable : eaux minérales alcalines, bicarbonate de soude et surtout sels de potasse, avec lesquels la formation d'urates insolubles ne serait pas à redouter comme avec les sels de soude. Mais, malgré leurs vertus, les alcalins ne constituent guère une panacée contre la goutte.

La médication acide a pu rendre service à quelques goutteux, hypoacides et asthéniques, et Joulie a personnellement tiré profit de l'usage de l'acide phosphorique. Elle n'en est pas moins une médication d'exception.

Enfin, les arsenicaux, à faibles doses, diminuent la formation de l'acide urique, et les strychniques peuvent trouver leur application comme stimulants nervins et généraux. Quant aux iodures, ils sont surtout utiles contre les arthropathies chroniques.

Il ne s'agit plus maintenant que de combiner entre eux ces agents médicamenteux, de façon à profiter successivement de leurs divers modes d'action.

Nous imaginerons le cas — habituel dans la pratique courante — d'un goutteux quelque peu hypertendu, chez lequel la sclérose artérielle est donc à redouter.

On pourra prescrire, chaque trimestre :

Premier mois : quinze jours de sidonal, dix jours de guipsine ou de teinture de crategus oxyacantha (aubépine : hypotenseur léger); repos la fin du mois.

Second mois : quinze jours de solurol, dix jours d'iodure (minéral ou autre), repos la fin du mois.

Troisième mois : repos, ou, si besoin, pendant une partie du mois, cure iodurée ou de guipsine ou crategus.

Des analyses d'urine fréquentes viendront renseigner le médecin sur l'efficacité de la cure médicamenteuse prescrite et lui permettront de la modifier dans le sens indiqué.

Enfin, s'il le juge utile, il pourra avoir recours à l'association de plusieurs agents urico-dissolvants, bien réalisée par certaines spécialités pharmaceutiques sérieuses

Traitement hygiénique. — « Tout homme qui peut avoir un valet de chambre capable de le frictionner ne doit pas avoir la goutte », disait William Temple. L'assertion peut sembler quelque peu audacieuse, mais il est cependant indéniable qu'après le bain tiède, la friction quotidienne au gant de crin avec un liniment légèrement excitant exerce sur la nutrition de l'organisme l'action la plus favorable.

L'exercice physique, le sport, quel qu'il soit, sont indispensables au goutteux, à condition que celui-ci les pratique de façon modérée. En pareille matière, l'excès est aussi dangereux que l'abstention.

Ceci est également vrai pour le travail intellectuel.

Tout excès génital devra être soigneusement évité.

Traitement physique. — La gymnastique modérée, le massage général non excitant, l'hydrothérapie tiède et courte, sont autant d'agents physiques dont le goutteux peut tirer profit. On se laissera guider par les indications particulières à chaque cas.

Les bains de lumière et les courants de haute fré-

quence ont été préconisés. Il semble que les bains de lumière soient surtout utiles à la fin d'un accès, pour en faire disparaître les derniers résidus : léger gonflement, raideurs, névralgies ; quant à la haute fréquence, elle a cet avantage de stimuler l'élimination ralentie du goutteux.

Traitement hydro-minéral. — Comme il est surtout indiqué chez les malades sujets aux accès, nous l'étudierons lors du traitement de la crise de goutte articulaire aiguë.

(*A suivre.*) Dr A. MOLINA.

TECHNIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude des variations de la pression artérielle pendant une cure thermale

Après le très consciencieux travail que vient de publier dans les derniers numéros du *Concours médical* notre confrère le Dr Gambier, il nous a paru intéressant de donner comme corollaire, à nos lecteurs, les résultats obtenus par la méthode oscillométrique. A notre avis, on ne saurait trop apporter de faits bien observés : de ceux-ci, on pourra dégager des conclusions qui donneront, à ce nouveau mode d'exploration, sa consécration vraiment clinique.)

Démontrer l'importance de la recherche de la pression artérielle serait vraiment un lieu commun

Les travaux de Riva-Rocci, Gallavardin, Ehret, Pachon, Lian, Pissavy, Mathieu, Martinet, etc., etc., ont mis la question à l'ordre du jour et il n'est plus permis à un praticien d'ignorer le principe de cet élément de diagnostic.

Mais si tout le monde (ou à peu près) s'accorde à reconnaître un grand intérêt à cette étude, l'union cesse sur le choix de la méthode à employer et sur les interprétations des résultats enregistrés par ces méthodes diverses.

Discourir sur les avantages de la méthode de Pachon ou de Riva-Rocci associée à celle d'Ehret, indiquer les inconvénients qui relèvent de l'une ou de l'autre, n'est pas l'objet de ce travail.

Nous pensons que chacun doit chercher à se perfectionner dans la méthode dont il a fait choix : un appareil dont on connaît les moindres détails, même s'il est défectueux, ne rend-il pas des services incontestables ?

Notre but, beaucoup plus modeste, est de fournir des documents aussi exacts que possible ur les variations de la pression artérielle pendant une cure thermale. Aussi les commentaires de chaque tableau seront-ils très brefs.

Pour cela faire, chaque malade, le jour de son arrivée, subissait l'épreuve de Pachon ; même opération était faite au départ. (Nous devons dire que cette épreuve n'a pas été faite sur tous, car les enfants et les personnes trop impressionnables, en exécutant des mouvements involontaires, faussent complètement les indications.)

Plan de ce travail

Dans une première partie nous présentons les malades sériés suivant leur *sexe*, et suivant leur *âge* (tableau I).

Dans une deuxième partie, nous établissons le pourcentage des variations, d'abord (tableau 2) suivant *les modes* des variations, ensuite (tableau 3) suivant le *pourcentage* décroissant des résultats obtenus.

Dans une troisième partie, nous signalons les variations de pression suivant les *états pathologiques diagnostiqués* (tableau 4). La progression décroissante a été relevée, à part, pour la P. Mx et pour la P. Min.

REMARQUES.

1° Les pressions que l'on va lire représentent-elles la moyenne NORMALE de chaque sexe et dans chaque sexe, suivant l'âge indiqué ? Assurément non, puisque à quelque degré que ce soit, *nos sujets sont des malades* : fractures, arthropathies, dermatoses, syphilis, tuberculose externe, etc., constituent leurs états morbides.

Cependant les fracturés, qui ne sont que fracturés, devraient se rapprocher, semble-t-il, de l'état de l'homme sain. Le tableau 4 nous dira ce que nous devons en penser.

(Pour plus d'exactitude, le calcul de la pression m. yenne a été obtenu dans chacune des trois catégories, non pas en prenant la différence entre la P. Mx. la plus élevée et la P. Min. la plus basse, notées (de même pour P. Min.), mais en additionnant *chaque pression* — Max. ou Min. — dans *chaque catégorie* ; *dans chaque catégorie* le total ainsi obtenu était divisé par le nombre des observations recueillies.)

2° La pression différentielle chez l'homme est très nettement supérieure de un degré par rapport à ce qu'elle est chez la femme. Dans aucun des cas observés, la P. Mx. n'a atteint les chiffres de 27, 29, 30, cités par plusieurs auteurs.

	Hommes		Femmes
3° L'écart des P. Min.	8,32	—	8,14
est moins sensible que l'écart des P. Mx.	15,75	—	14,45

1re PARTIE

TABLEAU I. — *Résumé de 201 observations de pression artérielle* (Méthode de Pachon) (Barèges, 1243 m. d'altitude). — A. *Etude des moyennes* (*Malades à l'arrivée*).

AGE	Nombre	SEXE MASCULIN	AGE	Nombre	SEXE FÉMININ
		P. D.			P. D.
5 à 18 ans.......	11	$\frac{\text{Mx } 14}{\text{Min } 7{,}18} = 6{,}82$	7 à 18 ans.......	15	$\frac{\text{Mx } 12}{\text{Min } 7} = 5$
18 à 45 ans.......	51	$\frac{\text{Mx } 16}{\text{Min } 8{,}7} = 7{,}3$	18 à 40 ans.......	41	$\frac{\text{Mx } 14{,}63}{\text{Min } 8{,}43} = 6{,}22$
45 à 77 ans.......	41	$\frac{\text{Mx } 17{,}2}{\text{Min } 9{,}1} = 8{,}1$	40 à 72 ans.......	42	$\frac{\text{Mx } 16{,}7}{\text{Min } 9} = 7{,}7$
		MOYENNE + 0			MOYENNE 0 +
		$\frac{15{,}73}{8{,}32} = 7{,}41$			$\frac{14.45}{8{,}14} = 6{,}31$

La pression moyenne sans tenir compte ni de l'âge, ni du sexe, ni de l'état morbide, est de :

$$\frac{\text{Mx } 15{,}9}{\text{Min } 8{,}23} = \text{P. D. : } 7{,}67$$

4° La pression différentielle de l'enfance à la vieillesse :

Chez l'homme s'élève de...... 1,29
Chez la femme.............. 2,70

Cette constatation peut-elle entrer en ligne de compte, comme argument en faveur de la longévité de la femme (longévité nettement établie par les tables de mortalité)? Cette hypertension que nous pourrions appeler HYPERTENSION DE CROISSANCE, de 50 % supérieure à celle du sexe fort, ne vient-elle pas renforcer la thèse de l'*hypertension, réaction de défense* ?

5° La moyenne mathématique de la

$$\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}} = \frac{15{,}9}{8{,}23}$$

doit faire place, en clinique, à l'évaluation suivante

$$\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}} \text{ normale} = \frac{15 \text{ à}}{7 \text{ à } 9} = \text{PD } 8 \text{ à } 9$$

2e PARTIE

A. — TABLEAU II. — *Tableau des modifications de la P. Mx., de la P. Min. à* 1243 *m. d'altitude, après* 20 *à* 30 *jours de séjour et de traitement thermal de Barèges.*

P. Mx augmente, seule	16 % des cas environ, soit		31	malades.
P. Mx diminue »	13 %	—	26	—
P. Min. augmente »	7 %	—	13	—
P. Min. diminue »	14 %	—	28	—
Les 2 p. $\frac{\text{Mx}}{\text{Min}}$ augmentent *ensemble*	12 %	—	24	—
Les 2 p. $\frac{\text{Mx}}{\text{Min}}$ diminuent *ensemble*................	20 %	—	40	—
Les 2 p. en statu quo........................	15 %	—	29	—
Des 2 p. { l'une a augmenté.................... / l'autre a diminué.....................	7 %	—	13	—

B. — TABLEAU III. — *Tableau des modifications de la P. Mx. et de la P. Min. suivant une échelle décroissante des résultats observés.*

$\frac{\text{P. Mx}}{\text{P. Min}}$ diminuent *ensemble* .... (l'expression " parallèle " est mauvaise).	20 % des cas environ	Cas où l'amélioration a été la plus franche.
P. Mx augmente seule.............	16 % —	*a*) Artério-sclérose légère ou à venir. *b*) Réaction de défense.
$\frac{\text{P. Mx}}{\text{P. Min}}$ statu quo................	15 % —	Peu influencé par le traitement thermal.
P. Min diminue seule.............	14 % —	Les variations de Min. sont toujours très limitées, mais ont une importance primordiale quand elles se produisent ; la diminution seule est plutôt favorable.
P. Mx diminue seule..............	13 % —	Retour vers la normale.
$\frac{\text{P. Mx}}{\text{P. Min}}$ augmentent *ensemble*......	12 % —	Hypertendus sans lésions, mais surtout amélioration de l'état général. Col. 13 et 14, tableau IV.
P. Min augmente seule............	7 % —	(Très rare). Malade à surveiller, se méfier du traitement balnéaire. (Nous avons noté 3 ictus passagers).
Des 2 P. { l'une a augmenté....... l'autre a diminué.......	7 % —	Retour vers la normale.

REMARQUES

1° Vraisemblablement, toute cure ou climatique ou thermale, qui n'est pas formellement contre-indiquée par l'état pathologique du malade, doit tendre à ramener l'équilibre entre les deux termes de la formule $\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}}$

2° A quoi attribuer ce retour à l'équilibre ?

a) A l'élimination des *déchets uréiques* ;

b) A l'élimination des *toxines bactériennes* ;

c) Au relèvement du *taux de l'hémoglobine*.

Pratiquement cette recherche du taux de l'hémoglobine peut être faite pa le procédé de l'échelle de Talqwist.

3° Si la constante d'Ambard, K., est très délicate à rechercher, il n'en est pas de même des rapports urologiques. Ceux-ci peuvent donner une indication très suffisante en clinique.

L.-C. Maillard a tout dernièrement appelé l'attention des praticiens sur ce qu'il appelle : *le coefficient d'imperfection uréogénique*. Il n'est pas douteux que ce coefficient nettement établi ne vienne apporter une nouvelle confirmation à l'interprétation des variations de pression artérielle.

6° Si nous additionnons les cas où P. Mx a *augmenté*,

soit seule,

soit avec la P. Min.

nous en arrivons à conclure que la P. Mx a augmenté dans 28 % des cas.

Le même calcul pour P. Min. ne donne que 19 %.

Additionnons maintenant les cas où la P. Mx a *diminué*,

soit seule

soit avec la P. Min. Faisant le même calcul pour cette dernière,

nous obtenons........ { P. Mx. 33 % / P. Min. 34 %

Le résultat évident est donc que la cure climatique et thermale à Barèges a abaissé la formule $\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}}$ dans 1/3 des cas.

Les deux autres tiers se répartissent dans les 6 catégories indiquées au tableau 2.

5° Dans ces résultats, quelle part revient à l'action de la cure climatique (altitude, héliothérapie, etc.), à l'action de la cure thermale, à l'action médicamenteuse intensive que nous avons l'habitude (suivant les prescriptions de bien de nos maîtres et, en particulier, de M. le Professeur Landouzy) de faire suivre à nos malades ?

Il est sage de garder une prudente réserve. La bio-chimie vient de naître, la radio-activité est à

peine connue, les corps colloïdaux entrent en scène...... et chacun sait l'importance que Bardet accorde à ces derniers.

Quel rôle peut jouer l'altitude ? Jacques Soubies, dans ses ascensions en ballon, René Cruchet examinant à Bordeaux les aviateurs de l'aérodrome de Mérignac, ont relaté des renseignements fort intéressants : on devrait, autant que faire se peut, multiplier ces observations.

Donc, action complexe, action ajoutée ou « multipliée », si l'on admet la formule de Jules Simon : « Les efforts ajoutés ne s'additionnent pas, mais se multiplient ! »

6° Quoi qu'il en soit, nous avons constaté que cette diminution de la $\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}}$ s'est produite *sur ceux dont la formule était la plus élevée*, l'action régulatrice de la cure étant ainsi bien manifeste.

7° La P. Min. est beaucoup plus influencée dans le sens de sa diminution que dans le sens de son augmentation : 34 % contre 19 %.

Or, ces deux remarques (6 et 7) sont en parfaite concordance avec celles édictées par Mathieu : « Quand les deux pressions diminuent, il y a là un indice favorable. Toute élévation de Min. avec diminution ou *statu quo* de Mx. est à surveiller. »

(*A suivre.*) Dr R. Moliné̀ry (de Barèges).

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des polynévrites.

La polynévrite est une réaction inflammatoire d'un certain nombre de nerfs atteints par une infection ou une intoxication. Le diabète, le paludisme, la tuberculose sont au premier rang de ces intoxications. Il résulte déjà de ce fait que le traitement pathogénique devra porter sur la cause provocatrice, et que, dans la thérapeutique des polynévrites, il est toujours indispensable de remonter aux causes si l'on veut obtenir des résultats de longue durée.

Mais, avant tout, il est un principe de grande valeur : ne pas ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication préexistante et cause de la maladie nerveuse ; en second lieu, il faut faire en sorte de ne pas aggraver les douleurs et l'intensité de la paralysie motrice par une électrisation neuro-motrice trop hâtive et trop puissante surtout quand le malade présente de l'arythmie, de la dyspnée, de la tachycardie.

Voici quel doit être le traitement rationnel des polynévrites : au début, pendant la période douloureuse, le malade sera mis au lit, les membres hyperesthésiés entourés d'ouate imbibée de liniments calmants ; le liniment si habituellement formulé convient ici très bien :

Laudanum .... }	ââ 3 gr.
Teinture de belladone.......... }	
Chloroforme	10 gr.
Huile de jusquiame............	90 gr.
Us. ext.	

Il faut chercher à éviter tout heurt, tout choc, tout contact provoquant des douleurs.

Que faire absorber par ces malades déjà intoxiqués et qui pourtant souffrent d'une façon parfois atroce ? Les doses légères d'antipyrine, de pyramidon, d'aspirine, sont en général insuffisantes, et nous proscrivons absolument la morphine, surtout chez le tuberculeux.

Lorsque celui-ci, en effet, est atteint de névrite, c'est qu'il est arrivé à une période avancée de sa maladie et à ce moment-là, l'injection de morphine est souvent dangereuse.

Nous utilisons, au contraire, le pantopon, qui très heureusement vient, dans tous ces cas où le médecin ne peut utiliser les alcaloïdes de l'opium, donner une égale action analgésique, hypnotique, avec un minimum d'inconvénients.

Chez les névritiques qui souffrent beaucoup, il est indiqué d'injecter du pantopon. La dose ainsi utilisée est de deux centigr. de substance active. On pourra, si le malade est très faible, injecter une demi-seringue ; mais, en général, cette dose d'une ampoule de pantopon Roche est bien supportée. Cela tient à ce fait que cette substance, qui est l'opium total injectable, a beaucoup moins de toxicité que les autres opiacés, tout en ayant une valeur thérapeutique égale à celle de la morphine elle-même (1).

Contre l'insomnie, cette médication suffira aussi et si l'on veut éviter la voie sous-cutanée, on pourra conseiller les comprimés de pantopon qui sont dosés à un centigr. de principe actif (2 à 4 par jour) ou même le sirop de pantopon, toujours bien supporté (1 à 4 cuillerées à soupe par jour) ; certains médecins emploient contre ces insomnies le chloral, sans que nous puissions bien nous expliquer leurs raisons, car l'insomnie de ces malades est due à leur douleur paroxystique et non pas à une excitation cérébrale ou purement nerveuse.

L'alimentation de ces malades sera modifiée suivant l'origine de la lésion : il est évident qu'une

(1) C. F. Prof. agr. Sicard. Art. Polynévrites, Traité Thérap. Méd. Chir., 1912 ; Drs Bardet et Gy. Bull. gén. de Thérap., 15, 23 et 30 avril 1911 ; Dr Collin. J. de Méd. de Paris, 1013, n° 42, p. 819 ; Prof. Grasset et Dr L. Rimbaud. Méd. Sympt. Bibl. Prof. Gilbert et Dr Carnot, Baillère, 1913, p. 334 et thèses Trotain, Soncourt, Souty, Colibeuf, Mourlan, Cot, Le Caloez, Bigou, etc., etc.

névrite tuberculeuse autorisera une alimentation différente que celle indiquée chez un diabétique ou un paludique.

On veillera aussi à l'état de l'intestin. Les laxatifs devront être ordonnés si les garde-robes tendent à devenir irrégulières.

Plus tard, quand les douleurs auront disparu, que les troubles de sensibilité à la pression, à la palpation, seront très atténués, on s'adressera à deux agents thérapeutiques, les meilleurs adjuvants de la cure de la polynévrite lorsqu'ils sont bien maniés : l'électricité et la mécanothérapie doublée du massage.

On usera du courant galvanique faible de 6 à 40 milliampères avec séances de début courtes, de cinq minutes environ. Le courant doit être *descendant*.

Le courant faradique ne donnera le plus souvent que des résultats moindres.

Le massage méthodique est excellent aussi, de même les bains tièdes simples ou alcalins et surtout la mécanothérapie et la rééducation des muscles. S'il survenait des crises douloureuses, l'administration du pantopon les calmerait rapidement.

L'apparition des troubles bulbaires nécessite le repos le plus absolu et l'emploi des médicaments tonicardiaques, huile camphrée (solution au dixième), injection intramusculaire profonde d'un centimètre cube.

Pendant la convalescence, il faudra avoir recours au cacodylate de soude, à la strychnine, aux phosphates.

Quelquefois, il arrive que malgré toutes les précautions prises, et la mécanothérapie, des rétractions tendineuses apparaissent ; la chirurgie devra intervenir pour sectionner ces brides. Les délabrements seront en ce cas aussi minimes que possible, car ces régions sont mal irriguées, sujettes aux troubles trophiques, et l'on pourrait voir survenir des complications graves telles que la gangrène ; il faudra aussi agir avec douceur pour la correction des attitudes vicieuses des membres, car on a vu des vaisseaux rompus par des mobilisations trop brusques ; le fait a été signalé pour l'artère poplitée. Dr M. Sublac.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Urémie de la sclérose cardio-rénale. — La fluxion de poitrine. — La récalcification des tuberculeux.

Traitement de l'urémie de la sclérose cardio-rénale.

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a*) lavages de l'estomac ; *b*) lavages de l'intestin ; *c*) lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0 gr. 50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

La fluxion de poitrine.

Dans une clinique publiée par la *Gazette des Praticiens*, M. le Professeur Lemoine établit la distinction entre la pneumonie franche et la fluxion de poitrine, dont l'école de Montpellier a maintenu l'existence dans les cadres nosologiques. La pneumonie classique intéresse un lobe pulmonaire. La fluxion de poitrine est une maladie beaucoup plus générale, une pneumococcose qui envahit tous les plans du thorax : peau, muscles interscostaux, plèvre, parenchyme pulmonaire.

Les signes sont également quelque peu différents. La palpation reste identique. La percussion indique une congestion moins dense du poumon, dans la fluxion de poitrine. Mais l'auscultation est très distincte. Le râle crépitant est remplacé par des petits râles sous-crépitants fins. Dans toute l'étendue de l'organe, en note d'ailleurs des râles muqueux, sibilants, ronflants. On perçoit également des frottements pleuraux, parfois les signes d'un épanchement. Les crachats sont rouillés. Le point de côté est très violent.

Trois malades du service se prêtent à la démonstration de cette dualité d'affection. Il semble que la fluxion de poitrine soit nettement grippale, et due à des associations microbiennes.

Le traitement consiste à soutenir l'état général avec de l'alcool, surtout si l'on a affaire à un alcoolique ; soutenir le cœur (digitale, caféine) ; combattre l'élément catarrhal. Un bon procédé consiste à pratiquer des enveloppements du tronc dans un maillot humide, formé d'une épaisse couche d'ouate hydrophile trempée dans l'eau chaude, recouverte d'un imperméable et d'ouate ordinaire sèche. Ce maillot détermine une transpiration abondante ainsi qu'une vaste révulsion. On pourra aussi employer la médication colloïdale, à l'aide de l'électrargol, à doses assez élevées, 0,30 cmc. chaque fois.

La récalcification des tuberculeux

Le Dr A. de Verbizier, dans une note de pratique, sur la *récalcification des tuberculeux*, appelle, à nouveau, notre attention sur la pathogénie de la tuberculose par la déminéralisation, et sur le traitement de cette affection par la méthode de Ferrier, complétée par Sergent. L'adrénaline, on le sait, jouit d'importantes propriétés dans le processus de reminéralisation ; à la dose de 20 gouttes par jour, cette médication associée à celle de Ferrier, produirait les meilleurs résultats surtout dans la *préphtisie*. Dans une affection aussi décevante, le devoir du praticien est d'« essayer loyalement ».

CORRESPONDANCE

Rapports médico-mutualistes.

Docteur en médecine, mais effectuant mes deux années de service militaire, je me trouve sollicité par le président d'une société de secours mutuels de lui rédiger un rapport qu'il doit lire dans un Congrès prochain.

Il a été chargé de traiter des rapports entre sociétés de secours mutuels et syndicats médicaux.

J'ai accepté dans l'espoir..., peut-être fallacieux, de faire accorder à nos associations corporatives les conditions les plus favorables.

J'ai recherché dans votre estimable journal les renseignements concernant cette question et j'ai trouvé un certain nombre d'articles dans l'esprit et la lettre desquels j'ai longuement puisé.

Je vous serais donc reconnaissant, si vous avez quelques renseignements, de m'adresser des documents à ce sujet.

Le rapport doit être donné à l'impression dans le courant d'avril et je compte remettre mes notes pour les premiers jours de ce mois.

Dr L.

Réponse

Si vous voulez bien nous communiquer le rapport en question, nous pourrons, s'il y a lieu, le critiquer.

En somme, ce qui traite le mieux la question, ce sont les deux travaux parus dans le *Concours* de 1912, pp. 1058 et 1150.

Nous soutenons que lorsque mutualités et médecins ne peuvent pas se mettre d'accord, inutile de faire un tarif le mutualiste est soigné comme un client ordinaire, et la mutualité rembourse au mutualiste ce qu'elle croit devoir donner. S'il y a accord, c'est le système lyonnais, avec paiement à la visite, par chèques mutualistes, avec libre choix du médecin, qu'il faut adopter.

Il faut repousser tout forfait et toute nomination arbitraire de médecin de S. M.

En somme, une mutualité traite sur un pied d'égalité avec le syndicat médical local. S'il y a entente, libre choix et tarif à la visite. Sinon, liberté complète.

Nous restons à votre entière disposition et nous nous permettons, en passant, de vous signaler, au cas que vous n'y auriez pas songé, que votre situation militaire vous impose certaines réserves relativement à la publication d'écrits signés de vous. Vous ferez bien de vous renseigner et de prendre toutes précautions à ce sujet.

Fonctions en temps de guerre d'un médecin versé dans les services auxiliaires.

A titre d'abonné au *Concours médical*, je vous serais reconnaissant de vouloir bien répondre aux questions suivantes :

J'appartiens à la classe 1910, et au conseil de révision, j'ai été classé dans les services auxiliaires. Il y a quelques mois, j'ai reçu de la « Société de secours aux blessés, Croix-Rouge française », 21, rue François-1er, à Paris, une lettre me sollicitant de me mettre à la disposition de cette Société en cas de guerre, et j'ai signé un engagement en conséquence.

Il y a quelques jours, une nouvelle lettre de cette société m'informe que l'hôpital sanitaire de campagne pour lequel j'avais été désigné doit être supprimé prochainement et me demande si je veux bien continuer mon concours en acceptant de remplir les fonctions de médecin chef dans un des hôpitaux auxiliaires du territoire organisés par cette société en temps de guerre.

En temps de guerre, quel est donc le rôle obligatoire du médecin classé comme moi dans les services auxiliaires ? Où, dans quelles conditions ai-je à exercer mes fonctions ? Suis-je tenu de partir, ou puis-je rester au pays que j'habite ?

Réponse.

Voici la réponse de notre collaborateur technique militaire :

Appartenant au service auxiliaire, vous êtes *tenu* de partir en temps de guerre, et de quitter le pays que vous habitez pour vous rendre à l'endroit qui vous sera fixé.

Là, connaissant vos aptitudes spéciales (docteur en médecine), étant donné le besoin impérieux d'avoir des médecins pour les soldats — on vous emploiera suivant vos fonctions, c'est-à-dire que vous serez affecté comme médecin à un hôpital (du Ministère de la Guerre) des services de l'armée, et comme tel, on complètera votre solde de soldat de 2e classe, pour atteindre celle d'un médecin aide-major de la territoriale.

Médecins classés dans les services auxiliaires et mobilisation

Classé dans les services auxiliaires (ancien régime) je n'ai jamais fait de service militaire actif, mais je dois partir en temps de guerre le 3e jour de la mobilisation et me rendre au collège de Toul où je suis classé dans les infirmiers militaires.

Ne m'est-il pas possible d'obtenir un grade quelconque, car il est assez curieux qu'un médecin civil demeure en temps de guerre simple infirmier.

D'autre part, n'ayant jamais fait de service, puis-je être convoqué pour des périodes militaires et dans quelles conditions ?

Je vous serais très obligé de me renseigner à ce su-

jet; il en a déjà été question dans le *Concours*, mais je ne sais si ce cas particulier a été étudié. Je n'ai jamais pu être renseigné très exactement à ce sujet.

Je compte sur votre expérience pour me dire quelle serait la solution la plus favorable et la meilleure.

Réponse.

Voici la réponse de notre collaborateur technique militaire :

1° Si les raisons qui ont motivé votre classement dans les services auxiliaires n'existent plus, vous pouvez, à n'importe quel moment, demander à votre recrutement d'être présenté devant une Commission de réforme, qui pourra vous classer dans le *service actif*. Une fois dans le service, vous pourrez, sur votre demande, être nommé médecin de réserve, en remplissant les formalités requises.

2° Dans le service auxiliaire, vous n'avez aucune période d'instruction à accomplir, tout au plus peut-on une ou deux fois vous déranger, durant 24 heures, pour une revue d'appel.

3° Si vous restez dans votre position actuelle, vous ne serez certainement pas employé comme infirmier. Au moment de la mobilisation, on vous donnera un emploi de médecin dans un *hôpital du territoire*, et l'on complètera votre solde de soldat de 2e classe pour atteindre celle d'un médecin aide-major de réserve ou de territoriale. De plus, si vous le désirez, vous ne serez même pas habillé on vous laissera libre de vous procurer, à vos frais une tenue de médecin militaire.

Les syndicats qui agissent.

Je vous envoie, à titre de document, le texte de l' « Appel » que nous avons envoyé (*d'accord avec les autres syndicats d'arrondissement du département*) à TOUS les médecins du Morbihan, qu'ils soient ou non syndiqués. Cet appel est signé de confrères présidents des syndicats d'arrondissement ou ayant une certaine notoriété ou influence, et est destiné, dans notre esprit, à susciter un plus grand nombre d'adhésions au Congrès des praticiens. Je vous le communique pour que vous le fassiez paraître dans le *Concours*, soit que vous le considériez comme un « acte » à signaler, soit qu'il puisse servir de modèle à d'autres groupements médicaux qui pourraient suivre notre exemple, soit de toute manière, que vous jugiez qu'il y a là une idée qui peut être féconde et un « geste » qui pourrait être renouvelé dans la suite, lorsqu'il s'agirait de grouper, autour d'une question d'intérêt général professionnel, tous les confrères, y compris ceux qui se tiennent à l'écart des syndicats.

Le secrétaire,
Dr BRONNER.

Le 28 mars 1914.

Monsieur et cher Confrère,

Nous vous engageons à lire, avec toute l'attention qu'il mérite, le manifeste ci-joint adressé par le Comité d'organisation du Congrès des Praticiens à tous les Médecins de France.

Les transformations rapides qui s'accomplissent dans l'ordre social menacent d'atteindre notre profession dans son *indépendance*, dans sa *dignité*, dans ses *intérêts*, dans son *existence* même.

Nous laisserons-nous amoindrir et domestiquer sans protester ? Ou bien ferons-nous un effort pour réagir contre les tendances qui se manifestent de plus en plus chaque année pour arriver à diminuer nos prérogatives, restreindre notre champ d'action et nous *asservir* en nous fonctionnarisant ?

C'est cette lutte qu'entreprend le Congrès des Praticiens dont l'action sera d'autant plus efficace qu'il réunira un plus *grand nombre de Médecins*.

Jamais occasion plus belle ne nous sera donnée de défendre notre profession et de montrer notre esprit de solidarité. La cotisation est minime — 10 fr. — et jamais dépense ne sera mieux justifiée.

C'est avec confiance que nous vous adressons cet appel, dans le ferme espoir qu'il sera entendu.

Veuillez croire, mon cher Confrère, à nos sentiments de confraternelle sympathie.

Dr Cousyn, Président de la Section Morbihannaise de l'association Générale des Médecins de France.

Dr Bayou, Président de la Fédération des Syndicats Médicaux du Morbihan et du Syndicat de l'arrondissement de Vannes.

Dr Méheut, Président du Syndicat de l'arrondissement de Lorient.

Dr Richard, Président du Syndicat de l'arrondissement de Pontivy

Dr Guillois, Président du Syndicat de l'arrondissement de Ploërmel.

Dr Le Toux (Vannes). — Dr Le Garrec (Lorient). — Dr Trégouet (Malesttroit). — Dr Le Joubioux (Baud)

Certificats médicaux délivrés à des agents des P. T. T.

Je serais curieux d'avoir votre avis sur ce point : Je vois un employé des P. T. T.. Il a la grippe. Je fais un certificat de maladie qu'il doit remettre à son administration. Je ne mentionne pas le diagnostic.

Vingt-quatre heures après, le receveur des postes m'envoie le client à seule fin de « compléter » le certificat en inscrivant le nom de la maladie. Je refuse catégoriquement.

Vingt-quatre heures après, le directeur des postes envoie au receveur la note suivante :

« Comme suite à votre note 1336 du 20 courant, je vous prie d'inviter M. X. à se soumettre à la contre-visite d'un médecin assermenté de l'administration ».

Le client est allé voir le médecin assermenté, qui ne l'a pas examiné, naturellement, et entre les mains duquel il a dû verser le prix de la consultation.

Voici donc une administration qui ne se gêne pas. Désirant faire contrôler l'état de santé de ses employés, elle ne trouve rien de mieux que de faire payer ce service de contrôle par ses employés. C'est un défi à l'honnêteté la plus élémentaire.

J'ai lu quelque part que le ministre du travail avait enjoint aux S. M. de ne plus exiger la mention du diagnostic sur les feuilles de maladie. Ce qui est juste au ministère du travail ne l'est plus à celui des P. T. T.

Si médecins, ouvriers et fonctionnaires savaient se réunir, s'entendre, il y a longtemps que de telles habitudes auraient disparu. Mais nous poursuivons les clients, nous rivalisons de complaisance, nous vivons en égoïstes et nous attendons qu'un Dieu nous sauve !

Dr D.

Réponse.

L'administration des P. T. T., a parfaitement le droit de se faire renseigner, par un médecin de son choix, sur l'état d'un de ses employés et, comme il s'agit d'une administration, c'est par un ordre qu'elle enjoint à ce fonctionnaire d'avoir à passer une visite de contrôle chez le docteur agréé par l'administration, un médecin assermenté.

Ce n'est pas que l'administration mette en doute la véracité des constatations du médecin traitant (vous le voyez, je me fais l'avocat du diable) ; mais, pour la bonne marche de ses services, elle désire faire passer une contre-visite par un médecin en qui elle a placé sa confiance. Jusque là, elle est parfaitement dans son droit.

Mais, ce qui est inadmissible, et c'est malheureusement la règle, c'est que le pauvre bougre d'employé soit obligé de payer de ses deniers la fantaisie que se passe l'administration. Ce devrait être à cette dernière que devrait incomber le prix du certificat du médecin assermenté. Mais il n'y a pas de petites économies.

Quant à la question du diagnostic, vous avez eu raison, vous ne devez pas violer le secret professionnel, du moment que l'administration jouit du droit de se faire renseigner par son médecin.

Peut-on s'intituler « membre de l'Institut Pasteur ».

Plusieurs de nos confrères, s'étant plaint que des personnes, même étrangères à la médecine, faisaient suivre leur nom du titre de « membre de l'Institut Pasteur », nous avons demandé à M. le Directeur de

cet établissement quelle était la valeur de ce titre et qui pouvait s'en prévaloir.

M. le docteur Roux a eu l'obligeance de nous répondre lui-même et immédiatement la lettre ci-après. Nous l'en remercions vivement.

Institut Pasteur.

Paris, le 24 mars 1914,

Le titre de « Membre de l'Institut Pasteur » n'existe pas et par conséquent personne ne peut s'en prévaloir

On peut se dire *élève de l'Institut Pasteur*, *préparateur*, ou *professeur*, ou *assistant*, ou *chef de laboratoire* ; ce sont des appellations qui répondent à des réalités. Mais membre de l'Institut Pasteur ne correspond à aucune fonction et est un titre que personne n'a le droit de prendre.

Recevez, etc..

Dr Roux.

Variations des Pensions de retraite et Primes correspondantes.

Je croyais que la caisse des retraites pour la vieillesse présentait une sécurité absolue et que moyennant le versement d'une prime annuelle fixe, on était assuré de recevoir, à partir de 60 ans, une pension viagère non moins fixe. Or, dans votre dernier article vous dites que la caisse nationale, si elle présente le maximum de garantie, n'est cependant pas elle-même à l'abri de tout aléa. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me donner quelques explications à ce sujet.

Dr B.

Réponse.

La Caisse nationale des retraites pour la vieillesse garantit une retraite fixe contre un versement annuel fixe à la condition que le tarif ne soit pas modifié ; or, ce tarif est inséré dans la loi de Finances votée chaque année par le Parlement ; il peut donc être modifié par un vote des Chambres. C'est ce qui fait que la Caisse Nationale n'est pas elle-même à l'abri de tout aléa.

Si vous écrivez à la Caisse des Dépôts et consignations qui gère la Caisse nationale au sujet d'une retraite, il vous sera toujours répondu :

« Les chiffres ci-dessus ont été calculés et supposent les versements effectués chaque année dans le trimestre qui comprend la date anniversaire de votre naissance ; *ils ne sont d'ailleurs indiqués qu'à titre de renseignement, leur exactitude étant subordonnée au maintien du tarif* 3,50 % *actuellement en vigueur.* »

Si bien que le tarif pouvant être abaissé, la prime annuelle à verser devrait être augmentée pour produire la pension cherchée.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration (31 mars 1914)

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir ; de Grissac ; H. Mignon ; Gassot ; M. Mignon ; Vimont ; Huguenin ; Pamart, Duchesne ; Delpeut et Boudin, *secrétaire*.

Le secrétaire donne lecture d'une lettre d'un confrère, médecin militaire en activité de service qui manifeste le désir d'entrer à la Mutualité Familiale.

Le Président répond que rien ne s'oppose à l'entrée des médecins militaires, mais il demeure entendu que tant qu'ils reçoivent les soins qui leur sont nécessaires, tant qu'ils reçoivent leur solde régulière, ils n'ont pas droit à l'indemnité maladie.

Indemnités maladies.

Sur le rapport du secrétaire général, le conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

10	Viel	Manche	11 jours	110 »
13	*Barthez*	*Aude*	*3 mois*	*300 »*
17	Blaizot	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
18	Tarrou	Gard	20 jours	200
20	Hintzy	Seine-et-Oise	40 jours	400 »
29	Plateau	Paris	15 jours	150 »
30	Gavaudan	Hérault	30 jours	300 »
31	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34	Parmentier	Ardennes	3 mois	300 »
43	Cambus	Aisne	27 jours	270 »
49	Salles	Pyrénées-Orientales	60 jours + 1 m. et 3 jours chr.	710 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
107	Gauthier	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
119	Recours	Lot-et-Garonne	7 jours	70 »
135	Mangenot	Paris	14 jours	140 »
142	Duclaux	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
164	De Grissac	Seine-et-Oise	2 jours	20 »
167	Néble	Paris	27 jours	270 »
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
179	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
209	Declèty	Pas-de-Calais	37 jours	370 »
221	Allary	Aude	60 jours + 17 jours chr	656 60
230	Tabaraud	Maine-et-Loire	6 jours	60 »
292	Pillon	Paris	3 mois	300 »
293	de St-Cyr-de-Montlaur	Gironde	9 jours	90 »
311	Rouvier	Isère	31 jours	310 »
319	Petitjean	Paris	39 jours	390 »
328	Gauche	Ille-et-Vilaine	6 jours	60 »
331	de Faucher de la Ligerie	Charente-Inférieure	40 jours	400 »
341	Chabanon	Lozère	49 jours	490 »
356	Lop	Bouches-du-Rhône	30 jours	300 »
368	Bouisson	Var	50 jours	500 »
			A reporter	9.866 60

		Report	9.866 60
370 Dubois	Seine-Inférieure	25 jours	250 »
372 Hillcock	Gironde	3 mois	300 »
385 Maussire	Haute-Saône	56 jours	560 »
389 Pluyaud	Seine-et-Oise	15 jours	150 »
401 Oppenot	Seine-et-Oise	2 jours	20 »
402 Blain	Savoie	60 jours + 26 jours chr	686 60
415 Lejeune	Côte-d'Or	3 mois	300 »
421 Belliard	Maine-et-Loire	2 mois + 19 jours chr	263 25
422 Ribereau	Gironde	15 jours	150 »
456 Boulinguez	Pas-de-Calais	3 mois	300 »
490 Vincent	Alpes-Marit'mes	17 jours	170 »
503 Dupont	Maine-et-Loire	17 jours	170 »
523 Ferrand	Bouches-du-Rhône	22 jours	220 »
549 Terrien	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
565 Targowla	Aisne	21 jours	210 »
606 Bourrus	Gironde	16 jours	160 »
640 Sondaz	Savoie	11 jours	110 »
642 Dunan	Gironde	32 jours	320 »
685 Brun-Bourguet	Var	un mois et 5 jours chr	116 65
698 Canard	Ain	Un jour	10 »
700 Rey	Haute-Garonne	21 jours	210 »
703 Sage	Isère	3 mois	300 »
710 Castille	Côte-d'Or	10 jours	100 »
722 Faugère	Dordogne	7 jours	70 »
723 Liautaud	Basses-Alpes	30 jours + 1 mois et 23 jours chr	476 60
731 Volpert	Meuse	32 jours	320 »
738 Pietri	Alpes-Maritimes	12 jours	120 »
749 Moulon	Marne	3 mois	300 »
770 Caudron	Paris	3 mois	300 »
772 Trouchon	Ain	3 mois	300 »
808 Thienot	Eure-et-Loir	17 jours	170 »
848 Galand	Nord	56 jours	560 »
878 Sallé	Somme	27 jours	270 »
888 Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
900 Duclos	Vendée	3 mois	300 »
904 Villequez	Haute-Saône	3 mois	300 »
911 Beylot	Gironde	19 jours	190 »
912 Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
922 Papin	Maine-et-Loire	15 jours	150 »
939 Toupance	Yonne	45 jours	450 »
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300 »
978 Voizot	Côte-d'Or	34 jours	340 »
1016 Hervé	Gironde	10 jours	100 »
1046 Channac	Ardèche	8 jours	80 »
1058 Achard	Puy-de-Dôme	10 jours	100 »
1060 Couturier	Creuse	3 mois	300 »
1075 Guidi	Alpes-Maritimes	49 jours + 2 jours chr	496 65
1108 Baraton	Aube	3 mois	300 »
1130 Virenque	Aveyron	11 jours	110 »
1154 Rouet	Creuse	3 mois	300 »
1178 Baquié	Haute-Garonne	20 jours	200 »
1216 Allanic	Maine-et-Loire	2 mois et 2 jours chr	206 65
1226 Fontanille	Lot	20 jours	200 »
1227 Ballan	Gironde	25 jours	250 »
1258 Delahousse	Pas-de-Calais	55 jours	550 »
1272 Molinéry	Hautes-Pyrénées	3 mois	300 »
1302 Duvau	Saône-et-Loire	26 jours	260 »
		A reporter	24 723 00

		Report	24.733 00
1304 GUENEAU	Cher	3 mois	300 »
1306 ESMONET	Paris	2 mois	200 »
1308 LAUNAY	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1313 MATHIEU	Seine-Inférieure	23 jours	230 »
1318 DE MAILLASSON	Haute-Vienne	2 mois	300 »
1332 AYASSE	Oran	30 jours	300 »
1335 MULLE	Bouches-du-Rhône	4 jours	40 »
1338 LABORDE	Gironde	3 mois	300 »
1373 VIGNES	Pyrénées-Orientales	8 jours	80 »
1408 GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1410 MONTIGNY	Nord	30 jours	300 »
1452 JALABER	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
1454 VALOT	Haute-Saône	22 jours + 15 jours chr	270 »
1479 LECOMTE	Aisne	28 jours	280 »
1491 COCHE	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
1524 JOURDIN	Maine-et-Loire	13 jours	130 »
1530 LEGOURD	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1571 MEURICE	Orne	31 jours	310 »
1573 LECOUILLARD	Manche	Un mois et 25 jours chr	183 30
1604 LÉVY	Rhône	6 jours	60 »
1606 FAUCONNEAU	Cher	34 jours	340 »
1618 PESTRE	Var	21 jours	210 »
1622 ANDRÉ	Bouches-du-Rhône	60 jours + 8 jours chr	626 65
1637 BERTÉ	Ardennes	14 jours + 17 jours chr	196 60
1658 FOURNIER	Var	60 jours + un mois chr	700 »
1685 PINARD	Ain	10 jours	100 »
1717 DESANTI	Bouches-du-Rhône	un mois	100 »
1731 MAKEREEL	Pas-de-Calais	4 jours	110 »
1743 PONS	Var	13 jours	130 »
1748 MARÇON	Var	3 mois	300 »
1755 LEFEVRE	Allier	8 jours	80 »
1793 CONTE	Var	3 mois	300 »
1815 SANEROT	Saône-et-Loire	27 jours + 2 mois et 14 jours chr	483 30
1818 BOVIER-LAPIERRE	Isère	6 jours	60 »
1880 MULLER	Marne	20 jours	200 »
1884 TACONNET	Nord	34 jours	340 »
1891 GIRAUDEAU	Loire-Inférieure	19 jours	190 »
1908 TRIQUENAUX	Nord	10 jours	100 »
		Total	33.762 85

M. le Dr Oppenot fait l'abandon de son indemnité à la caisse auxiliaire.

M. le Dr Lop fait un don de vingt francs.

Le Conseil vote des remerciements à ces donateurs

Le conseil d'administration constate une fois de plus qu'un certain nombre de sociétaires n'ont pas donné de leurs nouvelles. Il ajourne à la prochaine séance l'examen des indemnités qui pourraient leur être dues, sous réserve des amendes qu'ils pourront avoir encourues.

Le conseil vote la pension trimestrielle de 150 fr. à Mme veuve Beauxis-Lagrave (Seine-et-Marne) combinaison V.

Il ordonne le remboursement des primes contre-assurées (combinaison R) versées par le Dr Jalaber, décédé, soit 1196 fr

Le conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison MA

Mlle Lenormand, à Troyes (Aube).
MM. Balmelle à Fondette (Indre-et-Loire).
Pinsan, à St-Maur (Seine).
Huchon, à Dijon (Côte-d'Or).
Mossé, à St-Etienne (Loire).
Fraikin, à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées).
Coittier, à Delle, Territoire de Belfort.
Cunnac, à Lavaur (Tarn).
Deltheil, à Beauville (Lot-et-Garonne).

Bouchez, à Lille (Nord).
Aillet, à la Gacilly (Morbihan).
Boulet, à Aigues-Mortes (Gard).
Labat, à Grignols (Gironde).
Martinaud, à Avignon (Vaucluse).
Mercier, à Alais (Gard).

Combinaison P.

M. Pinsan, à St-Maur, Seine.

Combinaison R.

MM. Fraikin, à Argelès-Gazost (Htes-Pyr.)
Coittier, à Delle, Territoire de Belfort.
Der Katchadourian à Saint-Blin (Haute-Marne).

Le secrétaire. P. Boudin. *Le Président,* A. Maurat.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les errements des Sociétés de secours mutuels

Par M. A. Weber. (*Suite.*)

Les interventions successives de la fortune publique dans le budget de la mutualité.

La dotation de la Mutualité. — L'Empire, considérant les Sociétés auxquelles il donnerait l'investiture comme un instrument de propagande gouvernementale ou un dérivatif à la constitution de groupements politiques, s'efforça d'encourager l'Institution. Par Décret du 27 mars 1852, il lui accorda une Dotation de dix millions prélevés sur le produit de la vente des biens de la famille d'Orléans et dont le revenu, soit 500.000 fr., était destiné à venir en aide aux Sociétés dans certaines circonstances critiques.

Les recettes et revenus du Fonds de Dotation qui étaient, en 1908, de 582.310 fr. 31 (1), ne figurent pas au budget de l'Etat. Aussi leur emploi est mal aperçu du dehors. La plus grosse partie va assurément aux subventions du Fonds de Retraites, mais on en tire parfois de quoi faire face à des « dépenses diverses » dont le détail n'est pas bien connu. En 1900, par exemple, 171.923 fr. 09 furent prélevés sous cette rubrique !

Conséquences de cette dotation. — Telle est la première intervention financière de la politique dans la Mutualité. Ce fait, d'une portée immense, car il enchaîne tout l'avenir de l'Institution, va en fausser l'esprit et dévoyer, à l'instant même où il s'ébauche, un mouvement économique qui — tant par sa valeur éducative que par son retentissement sur la mentalité générale — pouvait avoir une influence profonde sur l'évolution de la Nation.

Qu'est-ce, en effet, dans son essence, que la Mutualité ? une manière particulièrement économique de coordonner un grand nombre de petits efforts libres et indépendants dans le but de faire bénéficier chacun d'eux du maximum de résultats possible. Dégagés de toute servitude même morale, n'attendant de profits que du jeu normal des règles qui régissent chaque groupement, les contractants doivent compter sur eux — et sur eux seuls — pour obtenir les résultats espérés. En un mot, la Mutualité, c'est la mise en commun, par un grand nombre d'individus, des risques auxquels ils sont tous également exposés, et le partage entre eux, sans aucune exploitation réciproque, des efforts à faire pour y obvier.

C'est ainsi que la Mutualité est comprise et pratiquée en Angleterre par exemple. La suite de cet Exposé nous montrera que les Sociétés françaises de Secours Mutuels se sont trop souvent écartées de cette conception et qu'elles ne sont, à vrai dire, qu'un composé complexe de Mutualité et d'Assistance.

Mais revenons à notre historique.

L'Etat, guidé par des considérations purement politiques, est entré dans la Mutualité comme un bienfaiteur, comme le plus vaillant des membres honoraires. Après s'être engagé dans cette voie, il ne lui sera plus possible de s'arrêter et, dorénavant, comme l'a dit un des Représentants de la Mutualité au premier Congrès international (1), l'Etat va se conduire « comme une nourrice » envers les Sociétés de Secours. Tous les revenus de la Dotation d'abord, puis des crédits budgétaires grossissants n'arriveront pas à satisfaire les besoins et les revendications de l'armée mutualiste — que tous les partis politiques vont unanimement traiter comme une sorte de clientèle qu'ils combleront de faveurs.

Or, si le but ordinaire et traditionnel de la Société de Secours Mutuels est l'assurance contre la maladie, on ne peut empêcher qu'une autre préoccupation ne s'impose aux travailleurs et ne l'emporte sur celle-ci ; assurer la quiétude de leur vieillesse.

Mais il apparut bien vite que les Sociétés de Secours, isolées, avec les ressoures limitées que leur apportaient les adhérents, avec leur faible

(1) Voir Rapport pour 1908, annexe n° 1, page. 174.

(1) Séance du 9 juin 1900. Discours de M. Carayon, délégué de l'enseignement primaire, et représentant des ouvriers tisseurs de la ville de Nîmes.

population, ne pourraient jamais entreprendre utilement les opérations à long terme que comporte une pareille assurance. Cependant, si pauvres qu'elles fussent, elles entendirent trouver une solution quand même. L'épargne associée de leurs membres ne suffisant pas, elles se tournèrent vers l'Etat dont les ressources et les moyens d'action leur paraissaient illimités.

Subvention au fonds de retraites. — L'Etat s'empressa de leur faire une première avance. Ce fut facile. Les intérêts de la Dotation de 1852, qui n'avaient pas été employés en totalité, s'étaient consolidés à 510.000 fr. Le Décret du 26 avril 1856 affecta sur ces revenus une somme de 200.000 francs à la constitution d'un Fonds de Retraites au profit des Sociétés de Secours Mutuels approuvées qui prendraient l'engagement de consacrer à ce Fonds une partie de leur capital de réserve. Ces 200.000 francs devaient permettre des augmentations proportionnelles des versements ainsi faits par les Sociétés.

Conséquences de cette subvention. — Toutefois, pour bénéficier des avantages accordés en 1856 au Fonds commun de retraites, pour prendre part à son mode privilégié de placement, il fallait être Société approuvée et pratiquer l'assurance contre la vieillesse.

Nous verrons donc beaucoup de Sociétés demander l'approbation et prétendre à servir des pensions de retraites. Or, généraliser l'approbation, c'était, en quelque sorte, au point de vue gouvernemental, grouper un nombre croissant d'individus dans les cadres de l'administration officielle — puisque, en particulier, les Présidents, jusqu'au Décret du 27 octobre 1870, sont choisis parmi les partisans du régime impérial. Mais aussi, prétendre apporter au Fonds de retraites, quand on est une Société pauvre, conduit à diminuer inconsidérément des ressources qui devraient être réservées à des assurances plus immédiates et plus pressantes : au Secours. Pour certaines Sociétés moins scrupuleuses, c'est même, comme le fait remarquer le Rapport pour l'Economie Sociale du Jury international de l'Exposition Universelle de 1889, prélever sur des fonds ayant une autre destination nettement définie : l'aide aux orphelins, par exemple.

Les subventions de l'Etat proportionnelles aux versements qu'effectuaient les Sociétés au Fonds de Retraites, atteignent, dans ces conditions, en 1880, 525.456 francs. Les intérêts de la Dotation étaient dépassés. Il fallut alors recourir à un crédit spécial voté par le Parlement. De 320.000 francs en 1881 (1), il est devenu, en 1910, presque 10 fois plus important, et atteint 3.162.198 fr. 50 (2).

(1) Loi des 9 juin et 29 juillet 1881.
(2) Voir Rapport pour 1908, page 43.

La Mutualité apprit ainsi, petit à petit, le chemin des revenus faciles, de ceux qui ne sont pas le fruit méritoire de l'effort commun des participants. D'ailleurs, pour tirer le plus grand profit possible de ces subventions, les Sociétés se montrèrent d'esprit pratique. Jusqu'en 1859, celles qui effectuaient des dépôts recevaient un franc par membre participant et 50 centimes par franc versé. Elles combinèrent leurs versements au Fonds de Retraites suivant leurs disponibilités et leurs effectifs de telle sorte que les unes, avec peu d'argent, firent valoir un grand nombre de contractants, tandis que les autres, avec peu d'adhérents, se consacrèrent au gros versement (1).

Dès 1859, il fallut réagir contre l'exagération des chiffres ainsi obtenus. Le Ministre de l'Intérieur décida que la subvention ne dépasserait ni le double du versement ni le produit du nombre des sociétaires multiplié par le chiffre de leur cotisation annuelle. En 1860, puis en 1868, de nouveaux tempéraments sont introduits dans la répartition. En 1869, en 1884, en 1900, ce débat continue, mais les Sociétés regagnent, à la fin, par l'autorité du nombre, les avantages qui leur avaient été un moment disputés. Pendant ce temps, la Mutualité en conquérait d'ailleurs bien d'autres

Majoration des pensions. — Le Décret du 16 avril 1856, qui instituait les Fonds de retraites, avait décidé que les pensions des mutualistes seraient servies par la Caisse Nationale des Retraites pour la Vieillesse. Ces pensions, qui étaient parvenues, en 1890, à un taux moyen de 73 fr. 35, s'étaient abaissées, en 1893, à 71 fr. 77, par an et par rentier (2). La loi de Finances du 26 juillet 1893 ouvrit alors au budget un crédit de 400,000 francs, « pour subventions destinées à majorer les retraites servies par les Sociétés au cours de l'exercice suivant ».

En 1894, la moyenne de la pension étant, malgré la majoration de l'Etat, tombée à 71 fr. 17, la Loi de Finances du 16 avril 1895 alloua 1.200.000 francs pour ce service, puis le budget intervint régulièrement et une somme de 1.127.063 fr. 45 a été utilisée sur le crédit figurant de ce chef à la Loi de Finances de 1910 — et cependant on n'arrive qu'à une retraite de 79 fr. 44 (3)

Bonifications d'intérêt. — D'autre part, la baisse progressive du loyer de l'argent devait entraîner pour l'Etat, au profit des Sociétés de

(1) Cf : « Les Sociétés de Secours Mutuels », 1902, Barberet, ancien directeur de la Mutualité au ministère de l'Intérieur.
(2) Rapport sur les opérations des Sociétés de Secours mutuels pendant l'année 1902, page 108.
(3) Rapport sur les opérations des Sociétés de secours mutuels pour l'année 1910, page 437.

Secours, une charge encore plus grande que les précédentes.

Depuis 1852, la Caisse des Dépôts et Consignations sert un intérêt de 4 1/2 % pour les sommes que lui versent les Sociétés. Jusqu'en 1877, ce taux n'avait rien d'excessif. Il ne constituait pas et n'avait pas pour but de constituer une faveur. Après la guerre,la rente et les obligations de chemins de fer avaient même capitalisé à un taux plus élevé. Mais, depuis 1878, jusqu'à ces derniers temps, le revenu moyen des bonnes valeurs n'a cessé de baisser et, à partir de 1885, la Caisse des Dépôts fut obligée, *sur son propre budget*, de bonifier jusqu'à 4 1/2 le taux de placement des Fonds des Sociétés. C'est la subvention latente, celle dont la statistique officielle contemporaine ne parle pas.

En 1889, par exemple, cette Caisse avait en portefeuille sur le solde créditeur des Fonds de Retraites une somme de 27.972.640 fr. 54 rapportant :

1.105.605 francs de rente 3 % perpétuelle ;
45.585 francs de rente 3 % amortissable,
Soit ensemble : 1.151.190 francs de rente.

En payant 4 1/2 % d'intérêts au capital ainsi employé, la Caisse déboursa 1.258.768 fr. 82 — c'est-à-dire qu'elle supporta une perte de 107.578 fr. 82.

A partir de 1898, la bonification d'intérêts est payée, en partie, ouvertement par le budget et, en partie, de façon occulte, par la Caisse des Dépôts. La subvention patente s'ajoute à la subvention latente.

La Loi de Finances du 31 mars 1903 assuma, enfin, la charge de combler entièrement, chaque année, la différence entre le taux de 4 1/2 % et le taux réel du placement des fonds de la Caisse des Dépôts.

Nous allons voir, dès lors, les crédits nécessaires s'élever rapidement d'année en année et les dépenses les dépasser continuellement. C'est ainsi qu'une somme de 3.325.000 fr. fut attribuée à cette rubrique dans le budget de 1908, mais la dépense ayant été de 4.324.400 francs, il a fallu un crédit supplémentaire de 999.400 fr. (1). En 1910, la dépense s'est élevée à 5.136.956 fr. 75 (2).

Notons en passant que pareille faveur n'est consentie à aucun des autres comptes — tout aussi dignes d'intérêt — dont l'Etat assume la gestion : ceux de la Caisse d'Epargne et de la Caisse Nationale des Retraites, par exemple. Pour eux, des lois régulatrices abaissèrent périodiquement le taux légal, de manière à suivre le taux réel, c'est-à-dire celui que procurent les valeurs achetées.

Remarquons enfin que la bonification s'appliquant aux subventions que l'Etat fait entrer dans le Fonds commun, l'*Etat subventionne, en fin de compte, ses propres subventions* !

(1) Voir Rapport pour 1908, annexe no 2, page 181.
(2) Voir Rapport pour 1910, page 430.

Participation aux comptes annulés des caisses d'épargne. — La loi du 20 juillet 1895, dans son article 20, crée un nouveau privilège pour les Sociétés approuvées possédant un Fonds de Retraites : elle leur attribue les trois-cinquièmes des comptes des Caisses d'Epargne qui n'ayant, depuis trente ans, été l'objet d'aucune opération de la part des déposants, sont atteints par la prescription.

Cette subvention a le mérite inattendu de ne rien coûter aux contribuables.

La première répartition effectuée en 1896 a donné 142.405 fr. 50 ; les suivantes ont procuré des sommes plus importantes. Celles de 1910 a produit 224.086 fr. 15 (1).

Subventions aux Sociétés qui ne constituent pas de retraites. — La loi du 1er avril 1908 (art. 26, § 3o) accorde des subventions particulières aux Sociétés approuvées qui ne constituent pas de retraites. Ces subventions doivent leur être allouées proportionnellement au nombre de leurs membres. L'arrêté du 28 avril 1900 a précisé cette aide et en a fixé le taux à 50 centimes par membre participant, le total pour une Société quelconque ne pouvant d'ailleurs dépasser 500 francs.

Le crédit de 300.000 francs (2), voté en 1900 de ce chef, passe à 350.000 francs en 1903 et à 400.000 (3) en 1908. La dépense pour 1910 a été de 338.101 fr. 50.

Autres subventions diverses. — Enfin, il est quelques autres rubriques de moindre importance : c'est ainsi que sur le budget de 1910 figurent :

a) Des subventions aux Sociétés ayant un Fonds commun,mais n'ayant effectué aucun versement en 1909, pour 203.344 fr. 50 ;

b) Des subventions aux Sociétés allouées à titre de secours et exceptionnellement, pour 2.900 francs ;

c) Des subventions pour repos d'accouchement pour 4.640 fr. 50.

Trop récentes pour avoir déjà une véritable ampleur, elles ne manqueront sans doute pas de se développer comme leurs devancières.

Subventions départementales et communales. — Pour considérable qu'elle soit déjà, l'intervention des finances publiques ne se borne pas aux multiples concours que nous venons d'énumérer. Les Sociétés reçoivent encore des subventions

(1) *Ibidem*
(2) Rapport du Ministère de l'Intérieur sur les opérations des Sociétés de Secours mutuels en 1903, pages 26 et 27.
(3) Voir Rapport pour 1908, page XIX.

départementales et communales sans cesse croissantes et qui, de 855.185 francs en 1902 (1), sont passées à 1.318.848 francs en 1910 (2).

Récapitulation. — Résumons-nous. En plus du concours des départements et des communes, les Sociétés de Secours ont bénéficié d'un immense effort de l'Etat : Dotation depuis 1852 ; Subventions aux Fonds de Retraites depuis 1856 ; Bonification d'intérêts depuis 1885 ; Majoration des Pensions depuis 1894 ; Abandon d'une part importante des comptes annulés des Caisses d'Epargne depuis 1895 ; Subventions aux Sociétés qui ne constituent pas de pensions de retraite depuis 1898 ; Subventions aux Sociétés ayant un Fonds commun mais n'y effectuant aucun versement depuis 1905 ; Subventions à titre de Secours ; Subventions à titre de repos d'accouchement depuis 1910 ; — telle est la très large participation de la Fortune publique à celle des Mutualistes.

En récapitulant les chiffres que nous avons donnés ci-dessus, on arrive, pour les seules Sociétés approuvées, à un total de 11.721,945 fr. 95 pour le seul exercice 1910 (3), contre 3.508.418 fr. 89 en 1900.

C'est à l'augmentation continuelle de ces ressources extra-sociales que sont consacrés tous les soins et toute l'activité du monde mutualiste. C'est sur le développement de ces ressources qu'on fonde l'avenir de l'Institution. C'est pour l'obtenir qu'on dépense tant de zèle et d'efforts de propagande à travers tout le pays.

INTERVENTIONS DIVERSES DE LA FORTUNE PRIVÉE DANS LE BUDGET DE LA MUTUALITÉ

Les membres honoraires. — Nous n'en avons pas fini avec l'intervention de l'aide étrangère dans la fortune de la Mutualité. L'Etat, les départements et les communes ne sont pas ses seuls bienfaiteurs. Parmi les ressources aléatoires par lesquelles les mutualistes s'efforcent de compenser l'insuffisance de leur effort personnel et de combler le déficit de leur budget, figurent en tout premier rang les dons, les legs et les cotisations bénévoles des membres honoraires.

Ces derniers ne sont aucunement des mutualistes. Ce sont des bienfaiteurs. Pour ne pas prononcer le mot de charité, nous dirons qu'ils font de la solidarité sociale. Sans attendre des Sociétés de Secours Mutuels aucune assistance, aucun avantage — matériel tout au moins — ils leur font des libéralités et contribuent grandement à leur fortune. En 1910, on en comptait 436.005 (1), dans les Sociétés approuvées contre 297.797 (2) en 1902.

Comme on le voit, leur nombre s'accroît sans cesse. Leur proportion numérique, par rapport aux membres participants, avait augmenté constamment jusque vers l'année 1897. En 1894, par exemple, on comptait 20,86 membres honoraires pour cent membres participants ! Et cela suffit pour légitimer cette très juste observation de M. Charles GIDE : « Ceux qui entrent « dans des Sociétés de Secours Mutuels et qui « s'imaginent, sous ce titre, être à mille lieues du « royaume du patronage... ne doivent pas oublier « que ces Sociétés ne vivent que par les cotisa- « tions des membres honoraires, ce qui constitue « un mode de patronage des mieux caractérisés » !

Il est vrai que depuis 1895 la proportion s'abaisse pour arriver à 13.73 % en 1910, et il s'ensuit que cet apport financier qui, comme le dit nettement le Rapport officiel de 1908, « est d'autant plus précieux pour la Mutualité qu'il est une des principales causes de sa prospérité financière » (3), rentre pour une part de plus en plus réduite dans le total général des recettes. La proportion des cotisations des membres honoraires à la totalité des recettes dans les Sociétés approuvées est ainsi passée de 8,74 % en 1899, à 7,76 % en 1902 (4) et à 6,53 % en 1910 (5).

Quoi qu'il en soit, l'apport des membres honoraires pour l'année 1910 s'est élevé à 4.332.416 francs (6), ce qui donne pour ces bienfaiteurs une cotisation moyenne de 9 fr. 93.

Mais, en réalité, l'aide des membres honoraires est plus importante encore que ne le laissent voir les chiffres qui précèdent.

C'est qu'en effet les Sociétés spéciales de retraites ne comptent presque pas de membres honoraires. La raison en est simple : ces Institutions offrent des pensions garanties basées sur des données mathématiques et régulièrement calculées. Or, comme l'a si bien reconnu M. Mabil-

(1) Rapport pour 1902, annexe 18, page 436.
(2) Rapport pour 1910, p. 433.
(3)

Dons et legs aux fonds de retraites	203.716 »
Subventions pour versements	3.162.198 50
Bonifications d'intérêts	5.136.956 75
Majorations de pensions	1.127.063 45
Subventions de maladie	338.101 50
Subventions départementales et communales	1.318.848 »
Fonds prescrits des caisses d'épargne	224.086 15
Subventions aux Sociétés ayant un fonds commun mais n'ayant effectué aucun versement	203.344 50
Subventions allouées aux Sociétés à titre de secours et ex-ceptionnellement	2.990 »
ubventions pour repos d'accouchement	4.640 50
Soit un total de...	11.721.945 35

(et nous ne faisons pas mention ici des produits du Fonds de Dotation).

(1) Voir Rapport pour 1910, page 432.
(2) Voir Rapport pour 1902, page 251.
(3) Voir Rapport pour 1908, page XIX.
(4) Rapport pour 1908, page 20.
) Rapport pour 1910, page 433.
(6) *Ibid.*

leau, « des opérations régulières, assurées, ne « laissent pas assez de place à ces craintes et à « ces espérances qui sont le ressort de la générosité » (1).

Si nous faisons abstraction de ces Sociétés spéciales, le pourcentage de l'effectif honoraire afférent aux Sociétés de Secours Mutuels proprement dites sera donc beaucoup plus élevé. Il était de 16,14 % en 1910.

Cette proportion augmenterait bien davantage encore si nous négligions certains groupements classés, il est vrai, dans le Secours Mutuel par la Loi de 1908, mais qui sont, en réalité, des Caisses d'Epargne, des Sociétés en Participation ou des Caisses d'Assurances au décès — comme, par exemple, la « Dotation de la Jeunesse de France », qui comptait, en 1908, 337.559 membres participants et 723 membres honoraires, soit 0,21 %.

Dons et legs de particuliers. — La Mutualité bénéficie encore d'autres revenus provenant de la bienfaisance privée. Ce sont les dons et legs des particuliers. Ces libéralités sont constituées, comme le précise M. Mabilleau (2), au moyen de « dons manuels, c'est-à-dire de sommes versées « par des présidents, des membres honoraires, « des chefs d'établissement, des personnes riches « et généreuses à propos d'un anniversaire, d'une « cérémonie... » Elles varient, en général, avec l'importance des Sociétés bénéficiaires et n'ont qu'un caractère accidentel qui les fait échapper à toute analyse précise. Elles se sont élevées pour l'année 1910, à 2.480.939 francs.

Enfin, il est encore des subventions dues à « la « générosité publique ingénieusement provoquée « par les administrations de nos Sociétés » et qu'il faut retenir. Ce sont les encaissements divers réalisés au cours des conférences, fêtes, banquets, tombolas, réunions, bals ou concerts, par lesquels se manifeste complaisamment la vie mutualiste en France.

Rien que dans les Sociétés approuvées, l'apport ainsi obtenu est des plus sérieux : de 2.144.112 francs en 1899, il passe à 3.029,046 francs en 1902 (3) et atteint 5,076,373 fr. en 1910 (4)

C'est là un encaissement considérable, représentant près de dix pour cent du total des recettes.

M. Mabilleau se réjouit de l'importance de cette rentrée de fonds qui, dans l'ensemble et malgré son origine, affecte un certain caractère de régularité. C'est, écrit-il (5), « une forme tout « à fait intéressante — et mal connue en dehors « du monde mutualiste — de la générosité pu« blique.... toute sorte de petits revenus inno« cents en leur source, précieux en leurs appli« cations, et plus permanents qu'on ne l'imagine« rait au premier abord ».

D'autres, il est vrai, montrent pour ces recettes moins d'indulgence (1) : « L'on fait non « seulement appel à tous les donateurs charita« bles, mais on organise des tombolas, des lote« ries, des bals, des soirées, des concerts ; on passe « la sébille partout, dans tous les endroits où l'ar« gent peut être trouvé... Nous retournons à l'au« mône, à la charité, qui sont la négation même « de la Mutualité ! Je l'appelle de son vrai nom : « ce n'est plus de la Mutualité, c'est de la men« dicité »

Résumé. — En résumé, aux 11.721.945 fr. 35, provenant de l'Etat, des départements et des communes, il faut ajouter 11.889 728 francs (1), provenant des dons, legs, membres honoraires, etc., soit donc, pour la seule année 1910, et pour les seules Sociétés approuvées, un total de 23.611. 673 fr. 35 de recettes extraordinaires.

C'est là un immense effort dont on appréciera encore mieux la grandeur en rappelant, avec M. BARBERET, ancien Directeur de la Mutualité au Ministère de l'Intérieur, que les « ressources « extraordinaires ont permis, *à elles seules*, de « constituer le patrimoine de la Mutualité ».

(A suivre.)

(1) Voir « La Mutualité Française », L. MABILLEAU
(2) *Ibid.*
(3) Voir Rapport pour 1902, page 194.
(4) Rapport pour 1910, page 433.
(5) Voir « La Mutualité Française », L. MABILLEAU.

(1) La « Mutualité, ses bienfaits, ses exagérations et ses dangers », Henri LÉVY-ULLMANN.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Un Syndicat qui travaille.

Nous avons reçu du Dr Coriveaud, l'actif secrétaire du syndicat médical de l'arrondissement de Blaye, les notes suivantes qui témoignent, d'une part, de l'activité du groupe corporatif, et, d'autre part, de ce que peuvent obtenir, par leur entente et leur solidarité, les confrères habitant la même localité.

Nous espérons que l'exemple de ces médecins girondins sera suivi ailleurs.

Réorganisation du service de la protection des enfants du premier âge dans l'arrondissement de Blaye par les soins du Syndicat médical de cet arrondissement.

Le 10 juin 1913, les Médecins-Inspecteurs des Enfants-Assistés de l'arrondissement de Blaye recevaient notification d'un arrêté préfectoral, en date du 18 mai 1913, remaniant complètement leurs circonscriptions.

Ce nouveau groupement des communes était basé sur une délibération du Conseil général de la Gironde du 23 octobre 1911, qui renouvelait le vœu en ce qui concerne la surveillance médicale des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde, que l'administration « groupe autour du praticien un petit nombre de communes peu éloignées de sa résidence et d'accès facile pour lui permettre d'assurer une surveillance régulière et économique des enfants et des nourrices. »

Cette réorganisation faite par l'administration sans consultation préalable ni des Médecins-Inspecteurs, ni du Syndicat Médical de l'arrondissement de Blaye ne satisfit personne. Telle commune placée sous la surveillance d'un médecin se trouvait être tout à fait en dehors du rayon de clientèle habituelle de ce praticien ; certaines circonscriptions étaient réduites de 8 à 3 communes ; certaines autres conservaient le même nombre de communes ; quelques nouveaux confrères étaient nommés Médecins-Inspecteurs et l'un d'entre eux refusait absolument d'assurer ce service ; les anciens Médecins-Inspecteurs réclamaient le droit de choisir leurs circonscriptions.

Dans ces conditions, le Syndicat Médical de l'arrondissement de Blaye prit la chose en mains et demanda à M. le Préfet de la Gironde le remaniement du service de la Protection des enfants du premier âge sur les bases suivantes :

1° *Tous* les Médecins faisant partie du Syndicat Médical de l'arrondissement de Blaye seraient appelés à assurer le service de la Protection des enfants du premier âge, conformément aux principes syndicaux et seraient nommés Médecins-Inspecteurs.

2° La répartition des communes de l'arrondissement de Blaye, faite par les soins du Bureau du Syndicat en tenant compte des convenances personnelles et des rayons de clientèle des syndiqués (le choix des anciens médecins-inspecteurs devant être d'abord respecté), serait soumise à l'approbation préfectorale.

Après quelques entrevues des membres du Bureau du Syndicat avec M. le Préfet ou avec M. l'Inspecteur de l'Assistance publique, entrevues dans lesquelles il fut fait preuve de part et d'autre de la plus grande bonne volonté pour arriver à une solution conforme aux desiderata du Syndicat, un nouvel arrêté préfectoral en date du 28 février 1914 a donné complète satisfaction au Corps médical Blayais.

Décisions prises par les médecins de Blaye (Gironde).

Service de Remplacements

Entre les médecins de Blaye soussignés : Drs Bernard, Boutin, Coriveaud et Eymery, il a été convenu ce qui suit :

Lorsqu'un des confrères précités sera empêché de faire son service médical, il sera remplacé auprès de ses malades par ses confrères adhérents à la présente convention, dans les conditions suivantes :

1° En cas de maladie aiguë et passagère, le remplacement sera fait gratuitement, c'est-à-dire que les actes médicaux faits pour le compte du confrère malade resteront acquis à ce dernier ;

2° Dans tous les autres cas, le Confrère remplaçant bénéficiera des actes médicaux qu'il aura faits. Pour cela, le confrère remplacé devra assurer le recouvrement de ces honoraires, et les faire tenir à son remplaçant dès qu'il les aura touchés, sans avoir à répondre des impayés ni des visites faites aux indigents de la commune de Blaye, qui sont soignés à l'abonnement. Les actes médicaux aux membres des Sociétés de Secours Mutuels seront inscrits par le remplaçant sur son propre compte, sans que le remplacé ait à se préoccuper de leur recouvrement.

Dès la reprise de son service par le médecin remplacé, le confrère remplaçant devra lui remettre la liste des malades vus pendant son intérim, ainsi qu'un compte détaillé des visites, consultations ou opérations faites à ces malades. Le même jour, le remplaçant s'effacera de la clientèle de son confrère, toutes réserves faites pour les malades graves qu'il y aurait intérêt à voir une dernière fois avec le confrère reprenant son service, sans qu'il y ait lieu pour cela de compter au client les honoraires d'une consultation ; mais cette dernière visite devra être encore portée au compte du confrère remplaçant.

Il serait bon, sauf le cas d'urgence, que le confrère remplaçant soit prévenu au moins trois jours à l'avance de la date à laquelle son confrère a l'intention de s'absenter, et de la durée de son absence.

Nota. — Pour assurer en toute conscience la conservation de sa clientèle à son confrère malade ou absent, le confrère remplaçant, lorsqu'il sera appelé auprès d'un nouveau malade qu'il n'est pas habitué à voir dans sa clientèle personnelle, devra s'enquérir soigneusement si ce client n'était pas déjà le client de son confrère remplacé, et dans le cas de l'affirmative, le noter sur la liste à fournir plus tard à son confrère, et bien spécifier au malade que le remplaçant ne pourra pas lui continuer ses soins et l'inviter à retourner voir son médecin habituel, — et au besoin insister pour cela — dès que les causes qui le tiennent momentanément éloigné de sa clientèle auront cessé.

Dans le cas où, pour des raisons quelconques, le malade refuserait formellement de reprendre son médecin habituel, le remplaçant devra se faire un devoir d'en aviser son confrère en lui remettant la liste de ses malades à la fin de son intérim.

Les soussignés s'engagent à respecter fidèle-

ment les termes de la présente convention, et déclarent, en cas de conflit, s'en rapporter à la décision du Bureau du Syndicat médical de l'arrondissement de Blaye.

Signé : Drs BERNARD, BOUTIN, CORIVEAUD, EYMERY.

Service de repos hebdomadaire.

Entre les confrères soussignés, Boutin, Coriveaud et Eymery, il est institué un service de garde des dimanches et jours de fête dans les conditions suivantes :

A tour de rôle, le confrère désigné par un tableau établi en commençant par le plus jeune, *sera dans l'obligation* de se tenir à la disposition des malades de ses confrères de 6 h. du matin à minuit, sous la réserve qu'il soit avisé *par écrit*, par ses confrères, au plus tard la veille à midi (sauf pour les cas urgents et imprévus) de leur intention de s'absenter. Les confrères pourront dans cet avis spécifier qu'ils ne désirent être remplacés qu'à partir de midi, ou au contraire qu'ils ne rentreront que le lendemain matin.

1er *Exemple.* Mon cher Confrère : Suivant nos conventions, je vous serais très obligé de me remplacer demain. Traduction : Remplacement de 6 h. du matin à minuit.

e *Exemple.* Mon cher Confrère : Suivant nos conventions, je vous serais très obligé de me remplacer demain à partir de midi. Traduction : Remplacement de midi à minuit.

3e *Exemple.* Mon cher Confrère : Suivant nos conventions, je vous serais très obligé de me remplacer demain. Je ne rentrerai qu'après-demain à .... h. Traduction : Remplacement de 6 h., du au lendemain matin ... h.

4e *Exemple* : Mon cher Confrère : Suivant nos conventions, je vous serais très obligé de me remplacer demain à partir de midi. Je ne rentrerai qu'après demain matin à ... h. Traduction : Remplacement de midi au lendemain matin ... h.

Ce service sera fait au point de vue honoraires aux conditions établies dans le service de remplacements pour les cas autres que le cas de maladie.

C'est pendant ce service de garde que devra être appliqué dans toute sa rigueur le *Nota* du service de remplacement. En particulier, dans le cas d'accident (du travail ou autre), le confrère de garde devra s'enquérir avec soin si le blessé s'adresse à lui directement ou s'il n'a pas sollicité auparavant l'un de ses confrères absents. Si l'accident offre quelque caractère de gravité, le blessé devra être vu le lendemain par les deux confrères (remplaçant et remplacé), à l'heure qui conviendra le mieux au médecin remplaçant. Les honoraires à verser au remplaçant seront établis d'après le tarif Dubief ou le tarif syndical, suivant qu'il s'agira d'un accident du travail ou d'un accident d'autre nature. Si la visite du lendemain a lieu, elle sera comptée comme une consultation entre confrères.

Dès le lendemain matin, le remplaçant devra faire parvenir à ses confrères la liste des malades vus en leur absence, avec au besoin, une courte note explicative pour les cas lui paraissant offrir quelque particularité.

Pour éviter des complications et des erreurs, les tours de garde, à moins de raison majeure, ne pourront être changés. Les remplacements faits pour une cause quelconque dans le courant du semestre où fonctionnera ce service, ne changeront en rien le tableau établi par avance dans la dernière semaine d'avril pour prendre effet du 1er mai au 1er novembre.

Les soussignés s'engagent à respecter fidèlement les conditions de la présente convention, et déclarent, en cas de conflit, s'en rapporter à la décision du Bureau du Syndicat médical de l'arrondissement de Blaye.

Signé : Drs BOUTIN, CORIVEAUD, EYMERY.

Liste Noire.

Les médecins de Blaye, lassés de donner leurs soins aux mauvais clients, c'est-à-dire à ceux qui ne font preuve d'aucune bonne volonté dans le paiement de leur note d'honoraires, ont décidé de dresser une « liste noire » de ces mauvais clients et de prendre contre eux les mesures suivantes :

Lorsque l'envoi d'une note d'honoraires pendant deux ans sera resté sans réponse, le médecin devra essayer d'un recouvrement par la poste. Si ce moyen ne donne pas encore de résultat effectif, la note sera remise à un homme d'affaires, en même temps que le médecin adressera au débiteur récalcitrant l'avis ci-après :

« En raison de la négligence et surtout de la mauvaise volonté évidente et soutenue qu'apportent certains clients au règlement de leur note d'honoraires, et pour éviter qu'ils ne continuent, comme ils en ont l'habitude, à changer de médecin lorsque cette note devient trop élevée, les médecins de Blaye ont décidé de ne pas se prêter à une semblable tactique et de prendre entre eux des mesures nécessaires pour en empêcher la réussite.

Les mauvais clients ne seront inscrits sur la liste noire qu'à la suite de l'envoi de la note précédente.

Un exemplaire de cette liste régulièrement mise à jour tous les six mois sera remis à chaque confrère

Un médecin désintéressé par un client de la liste noire, chose toujours possible, devra de toute urgence en aviser ses confrères.

Lorsqu'un médecin sera sollicité par un client

de la liste noire, il pourra se rendre à son appel, mais il devra lui faire comprendre qu'il n'est pas dupe de sa façon de faire, et qu'étant prévenu de sa mauvaise volonté habituelle, il lui enverra sa note d'honoraires aussitôt la maladie actuelle terminée. Faute par lui d'acquitter cette note dans la huitaine, il n'aura plus à compter sur ses soins médicaux.

Signé : Drs BOUTIN, CORIVEAUD, EYMERY, SÉBILEAU.

***

Nota. — Nous avons demandé à Me Gatineau, avocat-conseil du « Sou, » s'il n'était pas dangereux, dans certains cas, de notifier par écrit, aux mauvais clients, l'existence d'une liste noire sur laquelle ils seraient inscrits. Voici la réponse :

Je ne suis pas d'avis d'envoyer aux clients récalcitrants la lettre dans les termes où elle est rédigée.

Que les médecins dressent une liste noire qu'ils se communiquent et qui ne doit recevoir aucune publicité, c'est là une affaire de réglementation intérieure qui, en restant entre médecins, n'a pas d'inconvénients.

Mais dénoncer par lettre l'existence de cette liste, et notifier un refus de soins tant que le malade n'aura pas réglé les honoraires dus antérieurement à son médecin, c'est s'exposer à des polémiques de presse et dans certains cas à des actions en justice de la part des clients qui, ayant eu la preuve qu'ils figurent sur la liste noire, distribuée à quatre personnes, pourraient soutenir, soit qu'il y a eu une diffamation, soit qu'ils souffrent un préjudice de cette atteinte à leur considération.

Même mauvais, un procès de ce genre peut être fait. Il faut autant que possible ne pas donner prise à des débats dans des affaires de cette nature.

G. GATINEAU,
Avocat à la Cour d'Appel,
Conseil du « Sou Médical ».

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Le « médecin imaginaire » (1).

A l'aimable époque où vivait Molière, on était « médecin malgré soi » ; de nos jours, on est médecin malgré la médecine, ce qui est plus grave. Moderne et fâcheuse réplique du « Malade imaginaire », voilà le médecin imaginaire qui sévit de jour en jour davantage. Du moins, les personnages de Molière ne faisaient courir qu'un danger : celui de mourir de rire ; les charlatans d'aujourd'hui réservent trop souvent une mort moins gaie à ceux que trompent des titres cyniquement usurpés.

Il suffit de nos jours d'imprimer, en prospectus, le miraculeux effet de tel traitement presque gratuit, ou bien de vanter en réclames la discrétion absolue et les prix réduits de telle « faiseuse d'anges », pour qu'aussitôt une foule de malheureux et surtout de malheureuses aillent, dans un impardonnable espoir de fraude, livrer leur santé ou leur existence à d'odieux trafiquants, pourvoyeurs d'hôpitaux ou d'égouts qui s'ils ne vous tuent pas, savent par la suite vous faire chanter.

De quels moyens le législateur peut-il disposer pour réprimer ces abus ? La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice illégal de la médecine oppose-t-elle un obstacle à ces spéculations malsaines et aussi à l'usurpation du titre de docteur ?

Certains députés, dont M. Ch. Deloncle, estiment que non. « Au contraire, nous déclare-t-il, ce qui facilite l'éclosion et la multiplication de ces charlatans, c'est le merveilleux terrain que leur offre notre législation trop indulgente. A l'heure actuelle, en effet, la loi de 1892 ne les surveille guère et ne les atteint que rarement, sans frapper bien fort. Encore faut-il que ce soit un scandale qui démasque les coupables et les signale à la justice. Il y a donc là, à mon avis, beaucoup à faire dans l'intérêt de la santé et de la morale publiques. J'ai, avec deux de mes collègues, rédigé à ce sujet une proposition de loi dans laquelle nous indiquions des modifications à apporter à la loi de 1892. Quand je dis modifications, je me trompe : je devrais dire précisions et additions. Car cette loi, excellente en soi, est timide dans ses pénalités et incomplète. Nous demandions qu'on élève les pénalités : le délit d'exercice illégal serait puni de 500 à 1.000 francs d'amende, et de 15 jours à 3 mois de prison avec affichage et publications ; la récidive, de 1.000 à 3.000 francs d'amende et de 3 mois à 1 an de prison. Nous demandions que l'on désigne nettement comme délinquants : magnétiseurs, rebouteurs, somnambules, bandagistes, masseurs, pédicures intervenant dans le traitement d'une maladie sans être munis du diplôme de docteur ou sans la direction d'un docteur ; que l'on punisse toute association même de fait entre médecins, dentistes ou sages-femmes pour l'exploitation combinée du malade ; que l'on rende passible des peines portées aux articles 319 et 320 du Code pénal toute personne non diplômée qui, en dehors des cas d'urgence, s'immiscerait dans l'exercice de la médecine ou de l'art dentaire et des accouchements, s'il résultait de ses agissements ou de ses conseils un homicide ou des blessures. Nous demandions enfin que les pénalités fussent portées au double lorsque l'exercice illégal de la médecine se compliquerait de l'usurpation du titre de docteur, d'officier de santé ou de sage-femme. »

Désireux de pousser plus loin notre enquête sur cette intéressante question, nous avons demandé au

(1) *Le Parlement et l'opinion*, 10 mars 1914.

docteur Thivrier, le sympathique député de l'Allier, quelles dispositions il était utile de prendre et, dans quelle mesure, à son avis, le législateur pouvait efficacement intervenir à ce sujet.

« Je ne vous cache pas, nous a-t-il dit, que la question est des plus délicates. Dans cet ordre d'idées, les culpabilités seront bien plutôt établies par les enquêtes de la police que par des définitions ou des dispositions législatives. Il est évident qu'il convient de punir sévèrement ceux qui, se parant ou non de titres qu'ils n'ont pas, se livrent à des manœuvres plus ou moins répréhensibles sur les naïfs ou les affolés qui vont se confier à eux. Mais tous ces cas sont prévus ; on peut tout au plus dicter des pénalités plus fortes. Quant à vouloir entrer dans le détail et dresser une liste légale des délinquants et des délits, cela me paraît bien difficile et même, dans un certain sens, tout à fait inopportun. Voyons : on punirait les masseurs non diplômés ; il faudrait donc que nos champions du *ring* s'assurent les services d'un docteur en médecine ? On frapperait les pédicures qui ne seraient pas docteurs : et s'il vous prend fantaisie de vous opérer vous-même un cor ? On serait sans pitié pour quiconque donnerait des conseils médicaux sans y être dûment autorisé par la Faculté : combien de fois vous est-il arrivé de recommander à un ami enrhumé tel remède qui vous a réussi ? On veut interdire les consultations par correspondance : mais on frappera plus de médecins que d'amateurs ? A ce compte-là, pourquoi ne pas poursuivre les coiffeurs qui soignent sans diplôme les maladies du cuir chevelu ? Non, il est évident que ces intentions coercitives, intéressantes surtout pour notre corporation, n'atteindraient pas leur but ou alors le dépasseraient. Croyez-vous qu'il n'y ait que les amateurs qui fassent courir des dangers aux malades ; qu'ils soient les seuls à spéculer sur leur santé ; et sont-ils moralement plus coupables que ceux qui agissent de même, mais abrités par des titres légaux ? Je le répète, que le législateur frappe ceux qui usurpent ces titres, qu'il les exige plus fréquemment, mais qu'il laisse aux Parquets et à la police le soin d'établir les culpabilités et de désigner les coupables. Il est aussi un autre rôle que le législateur peut remplir : il peut combattre certaines théories néfastes et éviter ainsi qu'elles ne se répandent. C'est ainsi qu'on est fort occupé au Sénat à discuter une proposition de loi condamnant les doctrines néo-malthusiennes et ceux qui les professent. Et pourtant, il ne faudrait pas aller trop loin dans cette respectable voie, sans cela, on pourrait se heurter à des difficultés plus délicates encore que celles que peut présenter la déclaration contrôlée. »

***

Le raisonnement de M. Thivrier nous apparaît comme singulièrement entaché de spéciosité. Il s'appuie en effet sur des subtilités puériles.

Nul n'a jamais prétendu que l'on puisse inculper d'exercice illégal les masseurs qui prodiguent leurs soins aux champions du Premierland, non plus que les pédicures qui extirpent avec adresse et sans douleur les cors aux pieds, non plus que les artistes capillaires qui lotionnent le cuir chevelu de leurs clients ou leur brûlent l'extrémité des cheveux s'ils ne sont pas docteurs en médecine.

La vérité, c'est que la médecine constitue à l'heure actuelle un monopole qui ne peut s'acquérir qu'au prix d'études longues et coûteuses, sanctionnées par de nombreux examens et par un monumental parchemin sur lequel l'Etat perçoit des droits très onéreux. Dans ces conditions, les médecins ont le droit absolu d'exiger de l'Etat une protection efficace.

Or, nous savons tous avec quelle indulgence les parquets traitent les illégaux de la médecine. Nous savons tous, lorsqu'ils se décident à marcher, combien peu sévères se montrent les tribunaux à l'égard des délinquants. Et si, depuis quelques années, nous avons pu enregistrer quelques condamnations retentissantes contre de notoires charlatans, reconnaissons que ceux-ci avaient mérité cent fois la peine qui les atteignit et qu'il a fallu aux syndicats médicaux une énergie et une opiniâtreté dignes d'ailleurs des plus grands éloges pour mettre en branle l'action publique.

Nous ne pouvons donc que nous rallier pleinement à toutes les initiatives qui auront pour but de défendre et de protéger les malades contre les exploiteurs de toutes sortes qui se parent des plumes de paon pour mieux en venir à leurs fins.

Sus aux illégaux ! Jusqu'au jour où, le monopole professionnel étant aboli, chacun pourra, à ses risques et périls et sous sa responsabilité, tel que la définit le droit commun (art. 1382 du C. C. art. 319-320 du C. P.), entreprendre le traitement des maladies sans qu'il soit nécessaire d'être diplômé ; le régime de la liberté absolue ne serait peut être pas si désavantageux pour les médecins. Aujourd'hui, on peut dire que les illégaux ont plutôt la faveur du public. Il y a gros à parier que le jour où ils auraient cessé d'être des illégaux, c'est-à-dire « du fruit défendu », le bon public les dédaignerait pour ne s'adresser désormais qu'aux docteurs en médecine dûment estampillés par les Facultés.

C'est une expérience à tenter.

Quel député aura la hardiesse de s'en faire le promoteur ? G. D.



SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 12, 17 *et* 26 *mars* 1914.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les Docteurs :

3302 Henriet, à Brieulles-sur-Bar (Ardennes).
3303 Périollat, à Chelles (Isère).
3304 Facdouel, à Paris, 16, rue Etienne-Marcel.
3305 Petit, à Noisy-le-Sec (Seine).
3306 Molard, à Sedan (Ardennes).
3307 Dague, à Aigrefeuille (Charente).
3309 Pierson, à Rougemont (Doubs).
3310 Tariel, à Issy-les-Moulineaux (Seine).
3311 Hurtiel, à Amiens (Somme).
3312 Flour, à Bray-sur-Somme (Somme).
3313 Rinuy, à Vignacourt (Somme).
3314 Arnaud, à Nemours (Oran).
3315 Cahuzac, à Lourmel (Oran).
3316 Jaisson, à Mouzon (Ardennes).
3317 Cornudet, à La Roche-Bernard (Morbihan)

— Le Conseil ordonnance le paiement aux défenseurs du Dr P., dans son affaire de responsabilité civile, actuellement pendante devant la Cour d'appel, de la somme de 600 fr., comprenant :

Honoraires d'avocat : 1° en première instance : 150 fr. ; 2° en appel : 200 fr. ; provision à l'avoué d'appel : 250 fr.

— Le Dr B. demande le paiement des frais de son affaire d'appel de justice de paix, qui s'élèvent à 233 fr. 65 (*Accordé*).

— Sur la demande du Dr B. et du Conseil du « Sou », Me Gatineau plaidera en appel devant la Cour d'Orléans l'affaire du Dr B., vu l'intérêt général qu'elle présente au point de vue du droit syndical.

Une provision de 300 francs sera versée, sur sa demande, à l'avoué d'appel.

— Le Dr L. a été débouté par le Conseil de Préfecture d'une demande en décharge de la patente à laquelle il a été imposé à tort. Il prétend n'être pas patentable, attendu qu'il n'exerce pas la médecine pour son propre compte, mais seulement en qualité d'assistant salarié de médecins, Directeurs d'une maison de santé pour laquelle ils paient eux-mêmes une patente spéciale.

Me Gatineau est d'avis qu'un r cours en Conseil d'Etat contre la décision du Conseil de Préfecture aurait des chances d'être admis. L'appui pécuniaire est accordé au Dr L. pour former ce secours

— Le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 700 francs à l'avocat du Dr C., pour soutenir sa cause devant la chambre civile de la Cour de Cassation.

— Le Dr F. demande le remboursement de la somme de 321 fr. 65, montant des frais et honoraires qu'il a eu à supporter dans une affaire de justice de paix pour laquelle il a obtenu l'appui pécuniaire. (*Accordé*).

— Le Dr B. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre en justice de paix le recouvrement d'une note d'honoraires accidents. La contestation roule sur la définition du pansement anti septique complet.

L'appui pécuniaire est accordé en principe, à la condition que le Dr B. suive les conseils qui lui seront donnés par le Dr Diverneresse.

— Le Dr T. a, suivant les conseils de Me Gatineau, fait dresser un constat d'huissier contre un commis ambulant de pharmacie qui exerce illégalement la médecine et la pharmacie dans sa résidence.

Le Conseil décide en principe de lui accorder l'appui pécuniaire paur poursuivre dans la forme qu'indiquera Me Gatineau.

— Le Dr C. demande l'appui pécuniaire pour contester la collocation privilégiée, faite à son préjudice, de frais de repas de funérailles compris, à tort suivant l'avis de Me Gatineau, dans les frais funéraires. (*Accordé.*)

— Le Dr L. annonce que le différend soulevé par un client, qui manifestait l'intention de mettre en cause sa responsabilité professionnelle, s'est terminé à l'amiable, le client l'ayant payé et ayant renoncé à toute demande de dommages-intérêts.

Le Dr L. annonce qu'il supportera personnellement, malgré l'appui pécuniaire qui lui avait été éventuellement accordé, les frais et honoraires de l'avocat qu'il aura à payer pour cette affaire.

Le Conseil, en félicitant son adhérent de la solution de cette affaire, le remercie de l'abandon qu'il fait de ses droits au profit de la Caisse du « Sou médical ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical »

Preuve du choix du médecin traitant d'un blessé du travail par le patron.

La preuve que le médecin traitant d'un blessé du travail a été choisi par le patron résulte de l'inscription du nom du médecin sur un document émanant du patron lui-même. Le patron soutiendrait

vainement qu'en inscrivant lui-même sur ce document le nom du médecin, il n'a fait que se conformer aux préférences de l'ouvrier, s'il ne peut étayer cette allégation par aucune preuve.

TRIBUNAL DE PAIX DE CARBON-BLANC (Gironde)

12 *novembre* 1913.

ttendu que S... a soutenu à l'audience que le compte du demandeur devait être ramené à 13 fr., les consultations à Lormont devant être comptées 1 fr., au lieu de 1 fr. 50 et les pansements antiseptiques complets 2 fr. (prix de deux consultations) au lieu de 3 fr., conformément au tarif du 30 septembre 1905 ;

Mais attendu qu'aux termes du § 2 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 31 mars 1905, le tarif sus-visé n'est applicable que dans le cas où la victime a fait choix elle-même de son médeein et ne saurait recevoir son application, quand le médecin a été appelé par le patron ;

Or attendu qu'en fait, le Dr Artigue a établi n'avoir donné ses soins à B. qu'à la prière de S., son patron, par la production aux débats d'un document strictement conforme à sa prétention, émanant de S.., lui-même ;

Attendu, il est vrai, que S. a soutenu qu'en inscrivant lui-même sur ce document le nom du Dr Artigue, il n'a fait que se conformer aux préférences de B. ;

Mais attendu que c'est là une simple allégation que rien ne vient étayer, pas même l'offre du témoignage de B., alors qu'il eût été d'ailleurs bien facile à S. d'inscrire cette déclaration sur le document lui-même.

Attendu que, dans ces conditions et faute de preuves contraires, il est établi que c'est S. qui a choisi le Dr Artigue et non B. ;

Attendu que S. patron, est tenu vis-à-vis du Dr Artigue, en dehors de tout tarif légal, des soins médicaux donnés à B., son ouvrier ;

Attendu qu'après examen des soins donnés et appréciation de leur valeur, la somme de 18 fr. 50 réclamée par le Dr Artigue paraît être la juste rémunération de ses soins, et qu'il y a lieu de déclarer sa réclamation comm arfaitement fondée en droit.

Par ces motifs :

Nous, juge de paix, statuant contradictoirement et en dernier ressort, condamnons S.., à payer au Dr Artigue la somme de 18 fr. 50 qu'il lui doit ; le condamnons en outre aux intérêts de droit et aux dépens.

Accidents du travail. Choix du traitement.

Le médecin traitant est seul juge du traitement à suivre et des conditions dans lesquelles il doit être appliqué, notamment de l'utilité du déplacement du blessé.

TRIBUNAL DE PAIX DE FÈRE-EN-TARDENOIS

9 *juillet* 1913.

Attendu, que par ses dernières conclusions, le Dr B... réclame à X., patron responsable, une somme de 31 fr. 70 pour soins donnés à son ouvrier G., blessé à N. le 27 juillet 1912 ;

Attendu que X... a par l'organe de son mandataire déposé des conclusions tendant à ce que nous lui donnions acte de son offre de 12 fr. 50 plus les frais d'avertissement, faite à la barre à deniers découverts et tendant au rejet du surplus de la demande principale ;

Attendu que cette offre est destinée à solder le prix de visites faites au cabinet du médecin à l'exclusion d'une allocation pour indemnité de transport réclamée par le demandeur ;

Attendu que le défendeur prend pour prétexte de cette réduction le fait que la simple blessure à la face reçue par G... lui permettait de se rendre chez le médecin, ce qui est prescrit par l'arrêté ministériel de 1905, en vertu duquel le blessé doit se rendre à la consultation du médecin, s'il le peut ;

Attendu qu'il résulte encore des explications fournies à la barre et non contredites, que les visites ont été faites au domicile de G., parce que ce dernier avait subi une violente commotion cérébrale susceptible d'amener de graves complications, et que c'est sur l'ordre même du médecin qu'il a conservé le lit jusqu'à la fin de son traitement ;

Attendu au surplus qu'il était loisible au chef d'entreprise de s'assurer en cours de traitement de l'état exact du blessé en faisant nommer un expert et que, faute de profiter de cette disposition légale en temps opportun, il n'apporte aucune preuve à ses allégations ;

Attendu que, faute de preuve contraire, le médecin doit rester seul juge du traitement à suivre, des conditions dans lesquelles il doit être appliqué et des visites à domicile qui peuvent en être la conséquence ;

Attendu que les honoraires réclamés par le Dr B., ne paraissent avoir rien d'exagéré et qu'il y a lieu de faire droit à sa demande ;

Par ces motifs et par jugement contradictoire en dernier ressort ;

Condamnons X., à payer à B... la somme de 31 fr. 70 qu'il lui doit pour les causes sus-énoncées avec l'intérêt tel que de droit ;

Le condamnons de plus en tous les frais et dépens de la présente inssance.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu.** Professeur M. A. Gilbert. Cours de vacances et de perfectionnement.

En septembre 1914, un Cours de Clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic clinique aura lieu à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu dans les mêmes conditions que les années précédentes.

— **Contrôle de la désinfection privée.** — Sur la demande de M. Lemarchand, le Conseil municipal de Paris a décidé que les particuliers qui, dans les cas où elle est rendue obligatoire par la loi, pratiqueront eux-mêmes ou feront pratiquer par les entreprises privées la désinfection des locaux qu'ils occupent, devront prendre par écrit l'engagement :

1° De faire opérer la désinfection sans délai, et conformément aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, approuvées par le ministre de l'Intérieur, et dont un exemplaire leur sera remis ;

2° De prévenir au moins douze heures à l'avance le service de contrôle de désinfection du moment où l'opération doit avoir lieu ;

3° De se soumettre au contrôle de ce service.

Le conseil municipal a de plus décidé de créer un service de contrôle de ces désinfections effectuées par les soins des particuliers, service qui sera placé sous la direction de M. Cambier, chef de service du laboratoire d'hygiène de la ville de Paris.

Ce service comprendra : un expéditionnaire chargé du secrétariat du service, quatre emplois de chimiste bactériologiste et un emploi de garçon de laboratoire.

Les crédits nécessaires au fonctionnement de la nouvelle organisation s'élèveront à 29.800 francs.

— **Æsculape.** — Grande Revue mensuelle illustrée, 41, rue des Ecoles, Paris. Le N° 1 fr.

Sommaire du n° de janvier 1914.

Le docteur Paul-Emile Colin et la renaissance du bois gravé (6 illustr.). — par Alphonse Brunot. — Les connaissances anatomiques, l'habitude de l'observation médicale, expliquent le rôle prépondérant de P.-E. Colin dans la renaissance récente de la gravure sur bois. L'action violente, la révolte, l'angoisse de « *Germinal* ». — le calme des « *Travaux et des Jours* ». L'enchantement du bois gravé.

Le Serpent d'Epidaure et le Caducée (8 illustr.), par le Dr Bailby. — Le caducée est absolument étranger au corps de santé militaire, c'est le serpent d'Epidaure qui est son attribut. Pourquoi la confusion ? Le serpent d'airain de Moïse ; Hermès-Mercure ; les caducées avec ou sans serpents.

Les Fumeurs d'Opium (9 illustr.), par le Dr Jules Regnault, ex-prof. à l'Ecole de médecine navale de Toulon. — Le corps, l'esprit, les sens du fumeur d'opium. Les divers degrés de l'intoxication. Opium et littérature.

Les sépulcres de la Grande Armée. (12 illustr). par le Dr Bonnette. — Les blessés abandonnés à la merci du froid ; les accoutrements pitoyables (pelisses, haillons, habillements de femmes, peaux d'animaux) ; les glaçons suspendus aux barbes incultes ; ceux qui se réveillent autour du feu de bivouac éteint, ceux dont le gel a raidi les membres à jamais. Le typhus à Torgau ; le typhus à Mayence.

Une vieille gravure italienne d'astrologie médicale, par le Dr G. Tanfani, de Gênes. — Rôle de l'astrologie dans les esprits des hommes ; les raisonnements absurdes, les peurs enfantines qu'elle engendre. Son rôle en médecine.

Le culte extraordinaire du saint guérisseur Léonard dans l'Allemagne du Sud (20 illustr.), — St-Léonard en Limousin favorise les accouchements et la progéniture. En Allemagne du Sud, il délivre les prisonniers, donne la santé au bétail et aux hommes ; des milliers d'ex-voto lui sont offerts : veaux, moutons, cochons, chevaux, en cire, en fer blanc, en bois. Il est le véritable Dieu de l'Allemagne du Sud.

La Salomé d'Oscar Wilde et de Beardsley (1 illustr.). Les paroles ardentes d'une Salomé morbide au chef ensanglanté d'Iokanaan.

La Dansarelle (2 illustr.), par V. Forot, conservateur du Musée de Tulle. — La statue de pierre de Chavanaz ; le beau corps plantureux et sain de la Salomé corrézienne.

Le Marchand de Corne. — Une simili-gravure hors-texte, d'après le tableau de Le Nain.

SUPPLEMENT. (17 illustr.). — La mort de François 1er. — Les emplois industriels de la pomme de terre. — Les hémorroïdes de Louis XI. — Léonard de Vinci physiologiste. — L'homme doit-il manger des animaux. — Napoléon 1er et les spécialités pharmaceutiques. — Dans les Ambulances de la Grande-Armée. — Combien de temps vivent les bêtes. — Les hôpitaux de Marseille. — L'hygiène du chapeau. — Mariages entre végétariens. — Nouveaux produits pour la fabrication du papier. — Influence de la mère sur l'enfant avant sa naissance. — La musique et nervosité. — Le plus vieux musée scientifique du monde. — L'opothérapie dans l'antiquité et au moyen-âge. — Un curé de jadis s'élève contre la mode. — Le pardon de Sainte-Anne de la Palud. — Etat hypnoïde chez un singe. — Le grec et la formation du médecin. — Purifions nos eaux d'égout en y élevant des poissons. — Le jeûne prolongé. — Les poux à l'école. — Le dressage des fauves.

Sommaire du n° de février 1914.

Comment lutter contre l'opiomanie (6 illust.), par le Dr Jules Regnault, ex-Prof. à l'Ecole de Médecine navale de Toulon. — Il faut dépouiller la « drogue » de ses légendes mystérieuses. Les opiomanes se recrutent surtout chez les déséquilibrés, les intellectuels sensitifs, les faibles. Exagération d'une campagne de presse contre l'opium dans la marine. Un remède radical : la suppression absolue de la fabrication et de la circulation de l'opium.

Une collection de patentes de santé (6 illustr.), par le Dr Catelan. — Vieilles images tirées d'un album donné à l'Académie de Médecine ; vues des ports et des saints protecteurs ; lutte préventive contre la peste.

Notes inédites de Jean-Jacques Rousseau sur la botanique (4 illustr.), par le Dr Paul Raymond, Prof. agrégé. — Reproduction d'intéressantes notes écrites de la main de Rousseau sur un traité de botanique que possède la bibliothèque de la Chambre des Députés. Réflexions curieuses et familières sur le froment, la ciguë, le tabac, l'asperge, la belladone, le pavot, la fraxinelle, le chardon... etc.

L'Assassinat du Maréchal Brune (3 illustr.), d'après 5 estampes du temps. — On l'accusait d'avoir porté au bout d'une pique la tête de la prin-

cesse de Lamballe. Le meurtre ; le chirurgien refuse d'attester un suicide ; le corps exposé aux oiseaux de proie.

Un Musée médical historique parisien (12 illustr.), par M. Fosseyeux. — Une heureuse initiative du Prof. Blanchard et de M. Mesureur. Le futur musée devrait être installé dans l'ancien hôtel de Mme de Miramion, actuellement Pharmacie Centrale des Hôpitaux. De précieux objets d'art y existent déjà.

Rabelais, précurseur de la méthode expérimentale (10 illustr.), par le Prof. Ledouble. — Article posthume, splendidement illustré suivant les indications du Maître, adressé à *Æsculape* quelques jours avant la mort tragique de son auteur.

Le Saint-Barthélemy « écorché » de Marco d'Agrate au Duomo de Milan (3 illustr.), par le Dr G. Portigliotti (de Gênes). — Le saint porteur de sa peau ; les « écorchés » en Italie aux XVe et XVIe siècles. Amour de la dissection et de l'anatomie chez les artistes de cette époque.

Hérodiade (fragment) (1 illustr.), par Stéphane Mallarmé. — « Oui, c'est pour moi, pour moi, que je fleuris, déserte !..... »

Les Géants tentent d'escalader le Ciel (1 planche hors-texte ; dessin de Bernard Picart).

SUPPLÉMENT (18 *illustr.*) — C'est le singe qui descend de l'homme. — La lumière des abîmes marins. — Les boiteux célèbres. — Le prince de l'Automne. — L'encombrement médical au Canada. — Les soutenances de thèses au temps jadis. — La future révolution scientifique (vieillesse des atomes, évanouissement de la matière). — Rabindranath Tagore chante la naissance et la mort de l'enfant. — L'île des anthropoïdes. — Un mois à Berlin et à Hambourg (impressions sur la valeur scientifique des Allemands). — Le coup. — Pour sauver les espèces animales en Tunisie. — La guerre affaiblit la race. — L'art et le lavement chez les Baoulés. — Les grouses d'Ecosse menacées.

Sommaire du n° de mars 1914

Notes médicales sur l'œuvre de Vélasquez : les Nains et les Fous (8 illustr.), par le Dr H. Verdier. — Goût spécial de l'artiste pour les êtres morbides : nains, difformes, fous, bouffons ; les parasites de la société : gueux, ruffians, ivrognes. L'artiste a compris aussi la psychologie, la distinction des rois des princes, des infantes pensives.

Une gravure médicale allemande du XVIIIe siècle (1 illustr.), par G. Lavier. — Egalité de l'homme et de la bête devant la mort.

Le docteur Caffé, médecin-major conspirateur sous la Restauration ; son suicide par ouverture des veines dans sa prison (9 illustr.), par le Dr G. Ravarit. — Caffé, chirurgien-major des armées de l'Empire, cacha dans sa demeure le général Berton, auteur de la conspiration de Saumur contre Louis XVIII ; dénoncé, condamné à mort, il s'ouvre les veines dans sa prison avec une lancette que son garçonnet lui apporta dans ses cheveux bouclés.

Lépreux et léproseries des Comores (5 illustr.), par le Dr Laurent Moreau, méd. de la marine. — Le sort lamentable des lépreux de Mayotte, Anjouan Mohéli, Grande-Comore, terres ensoleillées ; mains mutilées, jambes pilons ; la résignation d'âmes simples.

Le sang de Vénus (1 illustr.). — Reproduction de l'œuvre fameuse de Glaize : la blessure de la déesse de l'Amour volant au secours du bel Adonis.

Notes historiques sur quelques collections scientifiques privées d'Angleterre (4 illustr.), par le Dr A. Satre. — Collections et musées scientifiques du vieux temps : pièces anatomiques, livres, gravures, instruments.... etc.

Deux statues de Vierges nourrices en Bas-Limousin (2 illustr.), par l'abbé Echamel. — La Vierge nourrice de Bilhac, en granit, alimente à travers une échancrure du corsage l'enfant Jésus qui lui caresse naïvement le menton ; la Vierge nourrice du Saillant de Voutezac, en bois, et ses trois anges satellites grossièrement sculptés.

Les végétations adénoïdes de François II, roi de France ; sa mort des suites d'une otite chronique suppurée (11 illustr.), par le Dr L. Courtadon. — D'Aubigné décrit François II enfant : « la face plombée et boutonnée, l'haleine puante » ; R. de la Planche dit qu'il ne crachait ni mouchait et qu' « une de ses oreilles faisait l'office du nez. » L'otite se complique d'abcès du cerveau ou de méningite ; le rôle possible du tempérament ardent de la jeune reine Marie Stuart dans la mort du roi.

Caïn (1 planche hors-texte). — D'après une vieille gravure anonyme.

SUPPLÉMENT. — La mort de Molière. — La peste à Evian en 1716. — La mort du Dauphin François fils de François 1er (procès-verbal d'autopsie ; Lettre de Littré). — La Maternité de Paris sous la Terreur. — La folie mystique du début du jansénisme aux convulsionnaires de St-Médard. — J.-J. Rousseau mourut de mort naturelle. — Création ou évolution ? — L'Esculape du plateau de Maktar. — Quelques traitements ocultes de la vieillesse. — Le secret de Mme Récamier. — Une fidèle amie de Louis II de Bavière dans sa folie.

— **Une grève de médecins en Italie.** — Les médecins sanitaires de la marine marchande italienne viennent de se mettre en grève pour obtenir les améliorations de situation qu'ils réclamaient depuis longtemps. Dans le port de Gênes, cette grève est soutenue par la fédération nationale des travailleurs de mer. Elle déclare que si les compagnies de navigation engagent des médecins occasionnels, les équipages feront cause commune avec les médecins grévistes et empêcheront les navires de partir. Toutefois, on espère que, grâce à des interventions puissantes, on trouvera un accord possible entre les compagnies et les médecins, et que les départs ne seront pas trop retardés.

— **Sur l'alcoolisme chez les écoliers en Russie (province de Saratoff).** — Le Zemstvo (Conseil Municipal) de Saratoff a fait dans 15 écoles de la province une enquête sur 1.350 garçons et 600 filles âgés de 5 à 10 ans.

79 pour 100 des garçons et 49 pour 100 des filles ont bu de l'eau-de-vie.

A quel âge ont-ils commencé à en boire ? A 5 ans, 2,89 pour 100. A 6 ans, 4,63 pour 100. A 7 ans, 18,37 pour 100. A 8 ans, 24 pour 100. A 9 ans, 19 pour 100. A 10 ans, 15 pour 100. Ce fut à l'occasion d'une noce, d'une fête, de l'achat d'un cheval, etc. Ont été ivres : 296 garçons et 35 filles.

Boivent d'une façon habituelle et sont ivres de temps en temps : 55 garçons et 5 filles. (*Roussky Vratch* 17 août 1913, p. 1183.)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 17 Dimanche 26 Avril 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

Le 28 *avril* 1914, *paraîtra, sous le numéro* 17 *bis, un numéro supplémentaire du* Concours Médical, *tiré à* 25.000 *exemplaires, et qui contiendra une Revue Générale sur la Physiothérapie, et des articles sur des questions professionnelles d'actualité* (*Exercice illégal, Défense individuelle, etc.*).

PROPOS DU JOUR

Querelle de savants.

Du choc des idées naît la lumière, a dit la Sagesse des nations. Rien n'est plus exact et nous ne saurions regretter les querelles entre savants. Elles marquent généralement un progrès et suscitent des recherches, des expériences qui, parfois, conduisent à des découvertes inattendues.

Sans remonter à plus d'un siècle, nous trouvons en France de très beaux exemples de ces disputes fécondes. Quand Geoffroy Saint-Hilaire et Lamarck entrèrent en lutte avec Cuvier, ne jetèrent-ils pas les bases de l'évolutionnisme qui devait donner à l'étude des sciences biologiques un si merveilleux essor? N'est-ce pas en vérifiant les expériences de Pouchet, de Joly, de Bastian sur la génération spontanée que Pasteur fit ses découvertes sur les fermentations, et n'est-ce pas de cette querelle entre savants que naquit cette science nouvelle de la bactériologie qui révolutionna l'hygiène, la médecine et la chirurgie ?

Il n'est donc pas discutable que les disputes entre savants ne soient très utiles aux progrès de la science.

Mais ce qui est vrai dans l'ordre des recherches spéculatives, ne l'est plus du tout quand on rentre dans le domaine des réalisations pratiques. En médecine, et surtout en thérapeutique, quand une découverte doit être appliquée, il faut qu'elle ait fait ses preuves ; il convient que le médecin praticien qui doit l'utiliser soit persuadé de son innocuité relative et de son efficacité. Aussi déplorons-nous la tendance trop fréquente dans certains clans scientifiques, qui consiste à dénigrer systématiquement les méthodes thérapeutiques, issues d'un autre milieu ou appliquées par une autre école. Ces querelles de priorité, ces revendications tou-

jours mesquines, parfois injustifiées, amènent la déconsidération du procédé du voisin, qui réplique en montrant les côtés faibles de la technique rivale. Il s'en suit que le praticien, qui ne peut en l'espèce être ni juge, ni partie, perd confiance, doute de l'efficacité d'une découverte, même très sérieuse. Dans le doute, il s'abstient, sa conscience ne lui permet pas d'expérimenter au hasard une méthode de traitement dont il n'est pas l'auteur et qui, vivement controversée, ne lui offre plus les garanties nécessaires. Et si la découverte est utile, qui pâtit de cette abstention ? Le malade.

C'est pour cela que nous déplorons la querelle qui s'est élevée entre les deux protagonistes français de la vaccination antityphoïde, MM. les Prof. Chantemesse et Vincent.

Tous ceux de nos lecteurs qui ont lu avec attention la belle revue du Dr G. Fischer sur les vaccinothérapies, parue dans notre numéro 12 *bis* du 24 mars 1914, ont pu se rendre compte que la vaccination antityphoïde est une découverte sérieuse. Il nous paraît, en effet, difficile de mettre sur le compte du hasard les résultats relatés dans les statistiques à la suite des essais faits en grand au Maroc, en Tripolitaine, dans les Balkans et en Amérique.

Or, c'est au moment où ce nouveau procédé de prophylaxie et de traitement est sur le point d'entrer dans la pratique courante, au moment où le Sénat français a voté une loi rendant son application obligatoire dans l'armée, au moment où le directeur de l'Assistance publique de Paris impose cette vaccination au personnel des hôpitaux, au même titre que la vaccination antivariolique, c'est à ce moment que deux savants estimés, les Prof. Chantemesse et Vincent, qui ont chacun consacré tout leur temps, toutes leurs facultés, toute leur expérience en bactériologie, à la recherche et à l'amélioration de la vaccination antityphoïde, — c'est à ce moment, disons-nous, que ces maîtres incontestés rendent le public témoin d'une misérable querelle.

M. Vincent affirme que le vaccin de M. Chantemesse, préparé avec des cultures chauffées à 120°, n'a aucune valeur. « Nul n'ignore, écrit M. Vincent, qu'à ces températures excessives, le bacille typhique perd entièrement ses propriétés immunigènes. Soumises à cette haute chaleur, les cultures ne deviennent plus qu'un décocté inerte. »

Et M. Chantemesse, froissé, après avoir apporté des preuves de l'efficacité de son procédé, employé à l'étranger aussi bien qu'en France, examine à son tour les résultats obtenus par le vaccin polyvalent de M. Vincent, stérilisé par l'éther. Il cite des cas tendant à prouver que des accidents sérieux peuvent se manifester à la suite d'injections de ce vaccin. Il montre qu'on ne peut le doser avec certitude comme le vaccin stérilisé par la chaleur, dont on mesure la puissance en comptant les bacilles morts qui restent dans le liquide, alors qu'ils ont été dissous par l'éther dans le vaccin de Vincent.

M. Chantemesse ajoute que les exemples d'épidémies de villes enrayées par la vaccinothérapie selon le procédé de M. Vincent, notamment à Montauban, sont très sujets à caution. A l'appui de cette affirmation, il donne l'opinion du directeur du bureau d'hygiène de Montauban, celle du médecin des épidémies de cette même ville, qui, tous deux, prétendent que l'épidémie typhoïde à laquelle on fait allusion était presque terminée lors de la vaccination de la garnison, et que les cas de maladie furent, dès cette époque, aussi rares dans la population civile non vaccinée, que parmi les militaires tous vaccinés.

Quelle opinion voulez-vous que se fasse le médecin praticien en lisant dans le *Monde médical* cette malencontreuse polémique ?

Que voulez-vous que réponde le Syndicat des médecins de la Seine, consulté officiellement par le Syndicat des infirmiers sur la légitimité de l'obligation de la vaccination antityphoïde imposée au personnel infirmier des hôpitaux de Paris, en présence de ces contradictions ? Les praticiens sont tous des hommes de progrès ; ils s'enthousiasment parfois, même trop facilement, à l'annonce des découvertes nouvelles ; mais pour qu'ils approuvent l'obligation de la vaccinothérapie antityphique, pour qu'ils l'appliquent, pour qu'ils la répandent, il ne faut pas que M. Vincent, un bactériologiste à juste titre estimé, vienne affirmer que le vaccin de M. Chantemesse est sans valeur, ni que M. Chantemesse, dont personne ne discute l'autorité en bactériologie, vienne répliquer que le vaccin de M. Vincent est mal dosé, parfois dangereux, et qu'il n'a pas fait ses preuves.

De grâce, Messieurs nos maîtres, accordez vos violons, ou nous, modestes praticiens, nous refusons votre invitation au bal.

J. Noir.

Le Congrès des Praticiens.

27, 28 *et* 29 *mai* 1914)

Pressant appel aux médecins soucieux de leur indépendance.

Au moment où commencent les travaux de cette Commission ministérielle, chargée par MM. Chéron et Metin de faire étudier *par des fonctionnaires incompétents* « les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales et de *rechercher les mesures les plus propres à sauvegarder les divers intérêts en présence* », il est absolument nécessaire aux médecins praticiens de France de faire savoir qu'ils entendent exercer leur profession libérale en toute indépendance et qu'il ne leur convient pas de voir l'Etat, c'est-à-dire les administrations et les politiciens, s'entremettre entre eux et certains de leurs clients, sous prétexte d'application de lois sociales.

Nous avons démontré dans maints articles le danger de l'ingérence de l'Etat dans nos affaires.

Cette ingérence, c'est, demain, l'abaissement de nos tarifs. C'est en même temps la perte de notre indépendance, l'Etat étant prêt à nous livrer pieds et poings liés aux financiers des compagnies d'assurances, et aux directeurs ambitieux d'une mutualité aussi inefficace qu'envahissante. C'est notre fonctionnarisation prochaine, lorsque seront votées de nouvelles lois sociales, telles que celle de l'assurance-invalidité.

Praticiens, vous ne vous laisserez pas domestiquer sans protestation.

Il y a sept ans, sous le coup de la menace du certificat d'études médicales supérieures, vous vous êtes levés d'un beau mouvement d'unanime protestation, dont l'imposant premier Congrès des praticiens a été la principale manifestation.

A ce jour, la situation est infiniment plus grave. L'avenir de la profession médicale est compromis. Il convient de montrer que, sous cette menace, le corps médical tout entier se révolte. Donnez à vos protestations une forme énergique. Adhérez en nombre au Congrès des praticiens qui se tiendra à Paris le 27, 28 et 29 mai prochains (1).

J. Noir.

(1) Envoyer les demandes de renseignements, les cotisations (10 fr.) et les adhésions à notre confrère le Dr Quidet, 54, rue Bonaparte à Paris, trésorier du Congrès. Nous pouvons annoncer que les congressistes bénéficieront d'une réduction de 50 % sur le prix de leur voyage en chemins de fer.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Voies urinaires)

Hôpital Necker : M. le Professeur Legueu.

Hydronéphrose et péri-néphrose traumatiques.

Je vous parlerai aujourd'hui de l'hydronéphrose et de la périnéphrose traumatiques, à propos d'une malade opérée dernièrement dans le service.

Lorsqu'un rein est rompu par un traumatisme, écrasement, coup de pied de cheval, etc., il peut se produire dans la région lombaire un épanchement de sang ou d'urine. L'épanchement de sang se comprend aisément : c'est l'hématome périrénal. Quelquefois (très rarement), l'accumulation de sang se fait dans le bassinet, constituant l'hématonéphrose. A côté de ces cas, il en est d'autres où la collection est formée non plus de sang, mais d'urine. L'épanchement se fait alors, soit dans le tissu cellulaire péri-rénal, pour constituer la périnéphrose ou pseudo-hydronéphrose, soit dans la cavité du rein lui-même, pour former l'hydronéphrose traumatique. Il existe donc deux variétés d'épanchement d'urine consécutif à un traumatisme de la région rénale : la périnéphrose, forme habituelle, et l'hydronéphrose, forme plus rare. Cette distinction était nécessaire à établir avant de vous présenter l'observation de notre malade.

L'histoire de cette malade est intéressante, d'autant que nous n'avons pas très souvent l'occasion de voir des cas de ce genre à la clinique des voies urinaires. J'en ai observé certainement plus dans les services de chirurgie générale que je n'en verrai ici. Ces malades sont, en effet, généralement, des blessés de la rue, et il est d'habitude de transporter les victimes d'accidents sur la voie publique, dans les salles de chirurgie de l'hôpital le plus rapproché. Quoiqu'il en soit, notre malade est une femme de 24 ans, porteuse de pain, qui fut atteinte du traumatisme sui-

vant : Un matin, il y a de cela deux mois environ, elle était en tournée de travail. Elle venait de franchir le trottoir et était montée sur le marchepied de sa voiture ; elle s'apprêtait à prendre les rênes du cheval, lorsque celui-ci partit brusquement en avant. Elle tomba à plat ventre sur la route, sans buter contre aucune saillie du sol, la roue de la voiture étant venue caler son flanc gauche, sans l'écraser. Cette femme se releva assez difficilement et rentra chez elle, se plaignant un peu du côté gauche. Les deux premiers jours se passèrent sans incident ; puis, se montrèrent des douleurs intenses à gauche et une hématurie qui ne se répéta pas. Quelques phénomènes péritonéaux apparurent ensuite, pour se calmer au bout de huit à dix jours. Les troubles morbides s'arrêtèrent là pour le côté gauche, côté qui semblait avoir reçu toute la contusion.

C'est à ce moment que dans l'hypochondre droit se montra une tuméfaction tendue, rénitente, bientôt volumineuse. Les urines diminuaient, pendant que la grosseur augmentait. En présence de ces phénomènes, le médecin soignant la blessée, pratiqua une ponction et retira de la partie tuméfiée du liquide séreux sanguinolent. Puis, peu à peu, la collection se reproduisit, et, c'est dans ces conditions que la malade fut adressée dans notre service.

En examinant cette femme (un mois et demi après son accident), nous avons constaté la présence, dans le flanc droit, d'une volumineuse tumeur, saillant en avant et perceptible en arrière également, descendant en bas jusque dans la fosse iliaque, dépassant l'ombilic en dedans, à limite supérieure élevée. La tumeur était nettement fluctuante et l'on pouvait renvoyer le liquide de la paroi postérieure à la paroi antérieure. Nous étions évidemment en présence d'une collection liquide. Pas de fièvre, aucun phénomène général ; des urines claires et, depuis plus de quinze jours, aucune émission de sang par l'urèthre. La cystoscopie montra une vessie normale, un orifice urétéral normal à gauche, mais, à droite, un orifice urétéral paraissant se contracter à vide, n'émettant pas d'urine.

En présence de cette grande collection, il était facile de déduire qu'il ne s'agissait pas de collection sanguine. Un épanchement péri-rénal de sang atteint difficilement un tel volume, qu'on pouvait évaluer à 2 litres et demi. Une spoliation sanguine de cette importance eût entraîné des troubles généraux, de la pâleur. Si ce n'était pas un hématome, ce ne pouvait être que l'autre collection dont j'ai parlé, la pseudo-hydronéphrose, l'épanchement d'urine dans le tissu cellulaire de la loge péri-rénale, dû à la rupture des voies d'excrétion, brèche d'un calice, du bassinet ou de l'uretère. C'est à ce diagnostic que nous nous sommes arrêtés, laissant de côté l'hydronéphrose traumatique, en raison de sa plus grande rareté.

Avant de poursuivre l'exposé de l'observation, je désire vous parler de ces épanchements d'urine à la suite des traumatismes du rein. Je vous ai dit qu'il y avait des péri-néphroses et des hydronéphroses. Eh bien, que sont ces périnéphroses ? Ce sont des complications pas très communes des traumatismes du rein. On les observe environ dans 20 pour 100 des cas. Trois choses les caractérisent. D'abord, l'épanchement est urinaire, le sang ne jouant ici qu'un rôle minime. Ensuite, l'épanchement est péri-rénal et non dans la cavité du rein ; on trouve celui-ci refoulé et indépendant de la collection.

L'épanchement a lieu dans la loge, le sac rénal. Vous savez que le rein est enveloppé d'un véritable sac fibreux aponévrotique, que vous nous voyez couper dans toutes les néphrectomies. Les feuillets du sac, vus sur une coupe transversale au niveau des vaisseaux, vont l'un en avant, l'autre en arrière. Mais, le feuillet antérieur d'un côté ne se prolonge pas avec le feuillet antérieur de l'autre côté ; de même, pour les feuillets postérieurs, en raison d'adhérences vers la colonne vertébrale. La loge existe aussi, audessus et au-dessous, complètement fermée, si bien que le rein est inclus dans un véritable sac contenant à son intérieur la graisse péri-rénale. Eh bien, c'est dans cette loge que se fait l'épanchement péri-rénal, l'évacuation de l'urine qui sort de la brèche des voies d'excrétion. L'accumulation d'urine a lieu généralement à la région postérieure, et le rein se trouve projeté en avant, dans la cavité abdominale, du côté du côlon. La collection liquide, causée par cet épanchement d'urine dans le tissu cellulaire, reste sans communication avec la loge rénale opposée.

La condition nécessaire, fondamentale, pour qu'il se produise une péri-néphrose, est qu'il y ait perforation des voies d'excrétion. La contusion du rein ne suffit pas. Quand un rein est rompu, comme il peut se rompre suivant un tracé plus ou moins irrégulier, si le bassinet n'est pas ouvert, si un des calices n'est pas ouvert, si l'uretère est intact, il n'y a jamais d'épanchement d'urine péri-rénal. La plaie se comble de sang et se cicatrice, sans qu'il sorte une goutte d'urine par là. Lorsqu'il y a brèche des voies d'excrétion, rupture d'un calice, du bassinet ou de l'uretère, l'urine s'épanche dans le tissu cellulaire péri-rénal et la loge se remplit. A quel moment cela se produit-il ? Ce peut être assez précoce. L'urine s'échappe de suite et, si la brèche est large, le développement de la péri-néphrose est rapide. En général, il faut bien attendre dix, vingt jours, pour voir une grosse collection.

Quelle est l'évolution de la péri-néphrose ? Elle peut durer indéfiniment, l'urine n'étant ni septique, ni toxique. Chez notre malade, l'affec-

tion existait déjà depuis plusieurs semaines, sans accidents graves. A la longue, tout peut se terminer favorablement, par cicatrisation, ou, au contraire, par infection. La guérison spontanée est donc possible. Toutefois, les accidents d'infection secondaire sont à redouter, et il vaut mieux ne pas attendre ces complications pour intervenir.

A côté de ces épanchements péri-rénaux, il existe des épanchements dans le rein, des hydronéphroses traumatiques. C'est un fait plus singulier et plus difficile à expliquer. On voit quelquefois, à la suite de traumatisme, un épanchement se faire dans le rein lui-même, constituant une rétention rénale. Ce sont de grosses rétentions, de très gros épanchements, qui atteignent 3, 4, 5 litres. Dans certains cas, il faut des mois pour que l'hydronéphrose parvienne à cette importance ; on la trouve ainsi développée 3, 6 mois après le traumatisme. Il n'en est pas toujours ainsi, et on est parfois troublé de rencontrer de semblables épanchements qui se produisent rapidement, en quelques semaines, en un mois par exemple. Je ne l'aurais pas cru, si je n'avais pu le constater. Il y a 5 ou 6 ans, j'ai présenté à la Société de chirurgie un rapport sur une observation typique d'hydronéphrose traumatique, envoyée par un chirurgien de province. Il s'agissait d'un jeune paysan de 19 ans qui, travaillant sur une voiture de foin, fit une chute à terre, sur le dos. Il rentra chez lui, se coucha et, deux heures après, eut une hématurie qui, le lendemain, et pendant dix jours encore, se reproduisit. Le chirurgien fut appelé auprès du blessé un mois après, et il trouva dans le flanc droit une énorme tumeur mate, s'étendant à l'hypogastre, remontant en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate et descendant jusqu'au rectum, où le toucher rectal reconnaissait son pôle inférieur. Le diagnostic posé, très logiquement d'ailleurs, fut celui de péri-néphrose, de pseudo-hydronéphrose péri-rénale. L'opération étant pratiquée, la poche incisée, on évacua 4 litres de liquide. Le chirurgien rechercha le rein avec soin et, ne le trouvant pas, il éversa les bords de la poche : il eut alors la surprise de voir, sur la coupe, les pyramides rénales, lui montrant qu'il était dans le rein lui-même. Il fit la néphrectomie, non sans difficultés, en raison d'adhérences multiples de ce rein hydronéphrosé, et le patient finit par guérir. Cette observation montre une hydronéphrose de 4 litres développée un mois après un traumatisme du rein. Un cas de ce genre est si inattendu, si troublant, que, avant de le connaître, en 1906, j'écrivais, avec la plus grande conviction, qu'il n'existait pas de telles hydronéphroses traumatiques.

Quelle explication donner à ces faits ? On peut dire que le malade avait antérieurement déjà une hydronéphrose latente qui s'est exagérée après le traumatisme. Les hydronéphroses latentes ne sont pas rares. Eh bien, cette explication ne saurait être acceptée. Quand un sujet a une hydronéphrose et qu'il est victime d'un trauma du rein, l'hydronéphrose se rompt. Nous avons des observations qui nous le montrent. En voici une de M. Denis, de Dreux, qui a bien voulu me confier la pièce anatomique. Il s'agit d'un malade qui fit une chute et présenta une tumeur du flanc droit, mate, volumineuse, causant une vive dyspnée. M. Denis intervint peu de jours après et tomba sur un rein énorme, à bassinet considérable, avec rupture du rein jusqu'au bassinet : c'était une hydronéphrose antérieure rompue.

Il faut donc admettre que ces hydronéphroses sont des complications consécutives au traumatisme. De deux choses l'une. Ou elles sont tardives, surviennent 6 mois après, je suppose, et il est naturel de penser alors qu'il y a rétrécissement de l'uretère, d'où rétention rénale ; ou l'hydronéphrose apparaît quelques semaines, un mois après, et on est obligé de se rejeter sur l'idée d'obstruction par caillot, de compression de l'uretère par l'hématome, par des adhérences péri-urétérales. Malgré tout, bien des points du mécanisme de ces hydronéphroses restent encore obscurs.

Je reviens à notre malade. Je vous ai dit que nous avions posé le diagnostic de péri-néphrose. J'ai opéré la patiente. Je suis arrivé sur le sac rénal, que j'ai ponctionné et d'où j'ai retiré de la sérosité qui était de l'urine, ce que l'examen chimique a confirmé, d'ailleurs. Après incision du sac, j'ai aperçu une grande poche lisse, régulière. J'ai cherché le rein et l'ai trouvé en avant. L'ayant sorti, j'ai senti du liquide suinter du rein, preuve que l'uretère était complètement rompu, le bout supérieur, béant, laissant échapper l'urine. J'ai pratiqué l'ablation de ce rein : il était en voie de destruction, par la dilatation.

Ce cas est un type de pseudo-hydronéphrose traumatique par rupture de l'uretère. L'opération confirma mon diagnostic, que j'avais basé surtout sur la fréquence plus grande de la périnéphrose et sur l'embarras que l'on a à comprendre les hydronéphroses traumatiques de ce volume aussitôt après la contusion rénale. Dans ce diagnostic différentiel entre la périnéphrose et l'hydronéphrose, le cathétérisme des uretères peut-il servir à quelque chose ? Non, car dans les deux affections, que l'urine s'écoule dans le tissu péri-rénal, ou s'accumule dans le rein, il ne sort rien par l'orifice urétéral de la vessie. Chez notre malade, nous l'avons pratiqué avant et pendant, sans résultat.

J'ajoute, pour terminer l'observation de la malade, que les ruptures de l'uretère de ce genre ne sont pas communes. On voit plutôt des brèches du bassinet ou d'un calice.

En résumé, il faut savoir qu'il existe une double variété de ces épanchements d'urine qui font suite à des traumatismes du rein : la variété périrénale et la variété intra-rénale. La variété périrénale ne se produit que quand il y a une rupture d'une des voies d'excrétion, uretère, bassinet, calices. Retenez aussi la nécessité d'une intervention précoce. Certes, autrefois, on a pu faire autrement, on a pu guérir des malades avec la ponction. Aujourd'hui, avec la sécurité de la chirurgie, on doit, pour activer la guérison et éviter les complications septiques possibles, intervenir d'une manière précoce et pratiquer la néphrectomie.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

La position de Trendelenburg dans les hémorragies graves de la délivrance. — Si, malgré le déblaiement des cavités vaginale et utérine, malgré le massage et les injections chaudes, malgré l'ergotine et l'adrénaline, le sang continue à couler, le « globe de sûreté » ayant entièrement disparu, placer l'accouchée dans la position de Trendelenburg, réalisée avec une chaise glissée sous le matelas, les pieds en l'air, le dossier faisant office de plan incliné.

L'hémorragie s'arrête aussitôt, non pas en apparence, mais véritablement, et le pouls redevient bien battu, tandis que l'on sent sous la main, dans la région sus-ombilicale, l'utérus à nouveau ferme et contracté.

Fieux (de Bordeaux).
Gaz. méd. Paris.

Le bromure de sodium en thérapeutique gastrique. — Dans les troubles gastriques douloureux et spasmodiques, le bromure de sodium, pris à la dose d'un gramme au milieu de chacun des deux principaux repas, donne des résultats d'une régularité remarquable.

G. Leven.
Soc. Thérap.

Traitement de la blennorragie aiguë et chronique par l'iode colloïdal. — Dans les urétrites antérieures, on injecte deux ou trois fois par jour, 2 centimètres cubes d'iode colloïdal (ou iodargol) que l'on fait garder dix minutes.

Dans les urétrites postérieures, après grand lavage au permanganate, on introduit dans la vessie et dans l'urètre postérieur, par une sonde en gomme retirée lentement durant l'injection, 4 centimètres cubes du produit.

La disparition de la douleur est toujours obtenue après deux ou trois séances. Après huit à dix jours de traitement, la guérison est complète. L'iode colloïdal n'est nullement toxique

G. Beyler (de Nancy).
Gaz. Hôp.

Traitement de la cystite tuberculeuse par l'enfumage iodé. — Une ampoule à deux tubulures, contenant une dizaine de centigrammes d'iodoforme très pur : sur chaque tubulure, un tube de caoutchouc, aboutissant l'un à une seringue vésicale ordinaire, l'autre destiné à être adapté à une sonde en gomme, aussi grosse que possible : tel est le matériel.

On introduit la sonde, on lave la vessie à l'eau boriquée, on chauffe légèrement l'ampoule, jusqu'à production de vapeurs violettes ; on la réunit alors à la sonde et, par la seringue, on refoule les vapeurs d'iode naissant dans la vessie. On cesse au bout d'une demi à une minute, dès qu'apparaît la douleur ou le besoin violent d'uriner ; on laisse la sonde dans la vessie encore quelques instants.

Résultats: Dans les minutes qui suivent, cuisson et pollakiurie, avec parfois phénomènes généraux assez prononcés. Mais ensuite, sensation de bien-être, d'apaisement, mictions moins fréquentes et indolores, arrêt de l'hématurie et aspect clair des urines.

Normand.
Journ. d'Urolog.

Un purgatif drastique particulièrement utile dans les hydropisies. — C'est l'*elaterium*, ou momordique, concombre d'âne, concombre sauvage, connu dès la plus haute antiquité. Il provoque des évacuations séreuses considérables (plusieurs litres, selon Péreira) et rend donc de grands services quand il s'agit de diminuer la tension vasculaire et de produire une dérivation intestinale.

Il a été employé avec grand succès dans l'urémie, l'asystolie, la cirrhose du foie ; dans l'obésité et le vertige des artério-scléreux. On formule :

Elatérium.............. cinq milligrammes
Pour une pilule.

Quatre pilules produisent en général l'effet purgatif : en tout cas, on ne dépasserait jamais cinq centigrammes *pro die*.

H. Leclerc
Journ. Pratic.

A. M.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Les porteurs de germes, importateurs de dysentérie amibienne. — La crise sanguine, d'ordre anaphylactique, dans l'urticaire. — Insuffisance aortique traumatique. — Obésité par lésion de l'hypophyse.

MM. Landouzy et R. Debré font à l'*Académie de médecine* une communication *sur les porteurs de germes, importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysentérie amibienne.*

Ces auteurs ont observé à l'hôpital Laënnec un malade qui succomba à une dysentérie amibienne avec abcès du foie, sans que le diagnostic ait été fait pendant la vie, la symptomatologie n'ayant comporté aucun phénomène intestinal caractéristique et le sujet n'ayant jamais vécu aux colonies. Il s'agissait, en effet, d'un marinier qui avait passé toute son existence en France, sur son chaland, naviguant sur les canaux du Nord. Il fut donc contaminé en France, d'une manière indéterminée.

Les faits de ce genre, de dysenterie amibienne autochtone, semblent se multiplier, puisque 14 cas déjà, observés dans notre pays, ont été publiés, pour la plupart sans contact reconnu avec des malades venant des colonies. Il paraît donc opportun, disent MM. Landouzy et Debré, d'insister sur les dangers que peut présenter cette affection pour les habitants des pays tempérés. Les cliniciens, en face d'un gros foie, devront élargir, de parti pris, le cercle coutumier de leurs hypothèses diagnostiques, et prendront l'habitude de songer à la possibilité de l'amibiase hépatique, quand bien même le malade ne serait pas sorti de France. Il conviendrait aussi d'exercer une surveillance sur les selles des malades des colonies, convalescents d'amibiase intestinale et hépatique, pour empêcher ces sujets de rester des porteurs de germes, propagateurs de l'amibiase à leur retour dans la métropole.

— MM. Widal, Abrami, E. Brissaud et Joltrain présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude *sur la crise sanguine, d'ordre anaphylactique, dans l'urticaire.*

On sait, depuis les travaux de Ch. Richet, Kraus, Arthus, que les états anaphylactiques s'accompagnent de trois ordres de phénomènes vasculo-sanguins : la chute de la pression artérielle, la baisse progressive du chiffre des globules blancs (leucopénie), et les troubles de la coagulation sanguine. Ces accidents se déroulent en même temps que les symptômes cliniques ou peuvent se manifester antérieurement à ceux-ci, en manière de prélude.

MM. Widal, Abrami et Brissaud ont déjà montré, dans un travail antérieur, la réalité de cette crise hématique dans l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore.* Ils ont retrouvé également ces réactions d'ordre anaphylactique chez un malade atteint d'urticaire chronique. Chez ce malade, on pouvait provoquer à volonté l'urticaire, et l'étudier, par ingestion d'albumines animales. On notait, aussitôt après le repas d'épreuve, composé de viande et d'œuf, une leucopénie accusée (8,000, puis 5.000, puis 3000 globules blancs, au lieu de 9.500 avant le repas), un abaissement de la pression artérielle de 17 à 14, une hypercoagulabilité du sang et une chute de l'index réfractométrique du sérum. La crise sanguine s'accompagnait d'une élévation de température à 38° et d'albuminurie. Cette crise hématique débutait une heure après le repas, et était presque entièrement terminée au moment de l'apparition de l'urticaire, vers la huitième ou neuvième heure.

Il y a, disent MM. Widal et Abrami, dans le développement de ces manifestations anaphylactiques, deux étapes successives : l'une, entièrement latente au point vue clinique, décelable seulement par un examen de la tension artérielle et du sang ; l'autre, où apparaissent les manifestations cliniques et où le sang est revenu à son état normal.

MM. Widal, Abrami et Brissaud ont retrouvé cette crise sanguine anaphylactique (qu'ils désignent sous le nom de *crise hémoclasique*) dans l'hémoglobinurie *a frigore*, dans l'urticaire chronique (maladie de Quincke), et dans un cas d'asthme où elle a précédé de beaucoup la dyspnée. Ils pensent que l'acte vasculo-sanguin en question représente le processus fondamental en matière d'accidents anaphylactiques. Ils ont vu plusieurs fois les manifestations cliniques manquer et tout se réduire à la crise hématique.

M. Lereboullet cite le cas d'une femme atteinte d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, qui fit, ultérieurement, sous l'influence du froid, des œdèmes de la face et des pieds. Cette malade montre l'analogie qui existe entre l'hémoglobinurie paroxystique, la maladie de Quincke, et l'asthme, susceptible, lui aussi, de transformations semblables et qui a été également rattaché à l'anaphylaxie.

— MM. H. Barth et Colombe rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*insuffisance aortique traumatique.*

Il concerne un homme de 36 ans qui, à la suite d'un effort violent pour soulever une dynamo, éprouva une douleur vive « comme un craquement dans le cœur ». Il put, toutefois, continuer son travail et ce n'est que quinze jours plus tard qu'apparurent des troubles graves, dyspnée très vive, accès de cyanose, toux, point de côté avec signes physiques d'insuffisance aortique. Le patient succomba 20 jours plus tard et l'on trouva à l'autopsie une rupture valvulaire affectant plus spécialement la sigmoïde droite, désinsérée partiellement, et un léger athérome aortique.

Les faits de rupture des valvules cardiaques sous l'influence d'un effort violent ou d'un traumatisme thoracique sont aujourd'hui bien connus. Ils ont fait l'objet, en 1881, d'un mémoire classique de

M. Barié. Depuis, de nombreux cas ont été publiés, surtout depuis la loi sur les accidents du travail qui fait intervenir dans la question la responsabilité patronale.

MM. Barth et Colombe pensent que l'athérome aortique et l'induration des sigmoïdes ont sans doute, chez leur malade, précédé et préparé la rupture valvulaire, et que le paludisme, noté dans les antécédents du sujet (dont le Wassermann était négatif) fut vraisemblablement l'origine des altérations artérielles. Dans les lésions cardiaques de cette nature, en général, les troubles fonctionnels éclatent aussitôt après la rupture traumatique valvulaire. Ici, le patient a pu reprendre son travail pendant 15 jours. Quant à l'évolution rapide des accidents, elle est conforme à la gravité habituelle de ces cardio-valvulites traumatiques, où la mort survient toujours à plus courte échéance que dans les affections organiques ordinaires du cœur

— MM. Laignel-Lavastine et Boudon présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*obésité par sarcome juxta-hypophysaire.*

La malade, objet de cette observation, était une femme de 41 ans qui offrait une obésité énorme en même temps qu'un syndrome d'hypertension intracranienne. Elle succomba et l'autopsie fit constater la présence d'un sarcome de la base du crâne réduisant par compression l'hypophyse.

L'observation apporte une nouvelle preuve de l'existence d'une obésité d'origine hypophysaire. Elle vient se joindre, à ce point de vue, aux faits publiés sous le nom de syndrome adiposo-génital, où l'on a trouvé des altérations de l'hypophyse.

MALADIES DE LA NUTRITION

La goutte (1).

(*Suite et fin*)

III

Traitement de la goutte articulaire aiguë et de la goutte rétrocédée.
Traitement de la goutte articulaire subaiguë.
Traitement de la goutte articulaire chronique.

Traitement de la goutte articulaire aiguë.

Tous les efforts ont été faits pour prévenir un accès aigu de goutte. Cependant, dans l'hygiène rigoureuse du malade, un relâchement, parfois impossible à éviter, se produit, et la crise articulaire éclate. Comment la traiter ?

Et d'abord, faut-il la traiter ? Les avis ont été longtemps partagés sur ce point. Aujourd'hui, l'arsenal thérapeutique offrant les ressources nécessaires, presque tous les auteurs penchent vers l'affirmative : il est inhumain de laisser souffrir cruellement un malade dont on peut atténuer et abréger les douleurs et, d'autre part, le patient, se rappelant bien que certains de ses amis goutteux ont été traités et soulagés, n'hésitera nullement à se soigner lui-même, en l'absence de la collaboration de son médecin.

Les dangers d'un traitement bien conduit sont d'ailleurs minimes. Il n'est rien que moins prouvé que la non-abstention détermine la réapparition, à intervalles plus rapprochés, des accès et l'affaiblissement ultérieur du malade. Et, si l'on agit avec prudence, les métastases sont bien rares : d'ailleurs, en cas de nécessité, on peut toujours rappeler la goutte aux articulations par des frictions, des sinapismes, des fomentations chaudes.

Les deux *agents médicamenteux* de l'accès aigu sont le colchique et le salicylate de soude.

Le colchique se donne — en général vers le 3e ou le 4e jour de l'accès, pour Bouchard au 12e jour seulement, si l'accès est traînant — principalement sous forme de teinture de semences de colchique à 1/10 (Codex 1910). On en prescrira :

Le premier jour, 100 gouttes, en 3 prises de 33 gouttes chacune ;

Le deuxième jour, 60 gouttes, en 3 prises de 20 gouttes ;

Le troisième jour, 40 gouttes, en 3 prises de 13 gouttes.

Ou bien : Poudre de semences de colchique, cinq à trente centigrammes par jour, fractionnés.

Ou : Extrait hydro-alcoolique de semences de colchique : une pilule de cinq centigrammes par jour.

Ou : Vin de semences de colchique : 3 à 6 grammes.

La colchicine est un médicament dangereux, très difficile à manier, mais d'une activité merveilleuse. Sous le contrôle permanent du médecin, le malade pourra prendre :

Colchicine officinale (ou mieux : cristallisée) : Deux à trois milligrammes au maximum par 24 heures, par granules de un demi-milligramme, donnés les jours suivants en doses décroissantes, comme pour la teinture de semences.

Toutes les préparations anti-goutteuses célèbres sont à base de colchique : les pilules de Lartigues, la poudre de Pistoïa, la liqueur de Laville, le spécifique Béjean. A ces spécialités, dont la composition absolument exacte n'est pas connue et, en tout cas, pourrait varier, il est très indiqué de substituer une formule claire, précise, dont le seul inconvénient sera de ne pas agir sur l'imagination du malade par une apparence mystérieuse.

Au sujet de l'administration du colchique, plusieurs règles sont à observer :

1° Le refuser impitoyablement aux albuminu-

(1) Cf. nos 7 du 15 février et 16 du 19 avril 1914.

riques et aux malades dont l'accès a été précédé de manifestations viscérales ;

2° Surveiller constamment son action, car certains sujets présentent à son égard une susceptibilité redoutable ; c'est pour cela que l'on a conseillé l'usage de doses croissantes, au lieu de doses décroissantes : avec les doses indiquées plus haut, aucun danger sérieux n'est cependant à craindre ;

3° Suspendre immédiatement le médicament, dès l'apparition de la diarrhée.

Le mode d'action du colchique est, à vrai dire, encore totalement inconnu. Le colchique est analgésique, cholagogue et provoque une dérivation intestinale. Ceci n'explique rien, puisque tout autre médicament que lui, remplissant les mêmes conditions, aura une action bien incertaine sur la goutte, et que d'autre part, il ne se montre utile que dans cette affection. Il faut donc, jusqu'à plus ample informé, le considérer simplement, sans approfondir, comme « le spécifique de la douleur goutteuse ».

Le salicylate de soude en est, lui, bien moins spécifique. Il rendra cependant des services au décours d'un accès, si le cœur et les reins sont parfaitement indemnes : on le donnera à la dose de 3 à 4 grammes, par jour, dans de l'eau de Vichy.

Le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme et plus, l'antipyrine et l'aspirine à la dose de 2 à 4 grammes, le pyramidon, sont parfois prescrits. On les réservera pour les cas où l'administration du colchique ou du salicylate de soude est impossible.

Les médications calmantes, bromure de potassium, chloral, sont parfois indiquées, quand il existe des phénomènes nerveux très accentués. On s'abstiendra, sauf nécessité absolue, de la morphine, qui ralentit les éliminations et n'est pas sans action sur le fonctionnement du cœur.

Enfin, il est des procédés thérapeutiques qu'il faut soigneusement se garder d'employer. Ce sont la saignée et le purgatif drastique, trop brutal : une purgation légère pourra, au contraire, être parfois utile.

Le *traitement local* viendra compléter l'action du traitement médicamenteux.

Le membre, placé sur un coussin, légèrement surélevé, sera protégé du contact des draps par un cerceau. Les liniments camphrés, ammoniacaux, chloroformés, cocaïnés, belladonés, salicylés, ou enfin opiacés, ne procureront pas de soulagement appréciable. On aura plutôt recours aux compresses imbibées d'eau de Goulard à 30° (les applications froides sont dangereuses) ou, mieux, au procédé suivant.

Dans un bol d'eau bouillante, on fait dissoudre du borax jusqu'à sursaturation, par conséquent jusqu'à ce que le borax se dépose au fond du bol sans se dissoudre. On laisse refroidir jusqu'à tiédeur, et, dans la solution quelque peu pâteuse ainsi obtenue, on trempe de larges compresses, que l'on exprime ensuite légèrement et dont on entoure en manchon les articulations envahies. On recouvre d'un taffetas gommé, on fixe par deux ou trois tours de bande très peu serrés et on laisse en place douze heures. On renouvelle ensuite. Le moyen est excellent, sans inconvénient aucun, et il nous a personnellement donné des résultats inespérés dans certains cas de goutte aiguë et surtout subaiguë, où, en quelques heures, fluxion, rougeur, douleur ont entièrement disparu.

Dans le traitement local prend place la ponction du genou, proposée par Lumière et Gélibert. On ponctionne au niveau du bord externe de la rotule et on retire 25 à 120 centimètres cubes de liquide transparent ou opalescent, verdâtre, visqueux et très toxique. Le procédé, encore peu employé, semble fort intéressant

Si la fluxion goutteuse abandonne les articulations pour se porter sur les viscères, s'il se produit des accidents, rares avec un traitement prudent, de *goutte rétrocédée* ou *remontée*, la thérapeutique à appliquer variera suivant les cas.

Si les accidents surviennent du côté du cœur ou de l'estomac, ce qui est le cas le plus fréquent, on pratiquera des injections sous-cutanées d'éther et on donnera du café, du thé au rhum, de l'acétate d'ammoniaque. S'il y a menace d'urémie, on n'hésitera pas à recourir à la saignée et aux injections sous-cutanées de sérum artificiel

Pendant toute la durée de l'accès, le malade sera mis au régime lacté, 2 à 3 litres de lait par jour, avec adjonction de tisanes chaudes et d'une eau minérale, soit très faiblement minéralisée, soit nettement alcaline.

La crise passée, la question d'une *cure thermale* pourra se poser. Nombreuses sont les eaux qui revendiquent les goutteux : le tableau suivant, de Rathery, indique bien les principales indications des plus réputées :

1° *Goutteux robustes, pléthoriques* : Vichy, Vals, Carlsbad, Marienbad.

2° *Goutteux atoniques* : Pougues, Evian, Royat, Ems, Ragatz.

3° *Goutteux graveleux, avec système artériel et rein légèrement touchés* : Saint-Nectaire, Contrexéville, Vittel, Martigny.

4° *Arthropathies goutteuses chroniques* : Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Bourbonne, Aix-les-Bains, Aix-la-Chapelle, Bagnoles, boues de Dax, Saint-Amand, Franzensbad.

5° *Goutteux dyspeptiques* : Pougues, Royat, Brides, Vals, Wiesbaden.

6° *Goutteux constipés, entéritiques* : Châtel-Guyon, Hombourg.

7° *Goutteux avec troubles respiratoires* : Luchon, La Bourboule, Allevard, Cauterets, Royat, Ems.

8° *Dermatoses goutteuses* : Aix-les-Bains, Luchon.

9° *Goutteux névropathes* : Luxeuil, Néris, Plombières

10° *Diabète goutteux* : Vichy, Vals, Vittel, Contrexéville, Carlsbad, Neuenahr.

Traitement de la goutte articulaire subaiguë.

Le traitement précédent est en tous points applicable aux accès de goutte articulaire subaiguë.

Cependant, si les manifestations sont d'emblée très franchement subaiguës, si les phénomènes locaux sont très atténués, l'action du colchique est contestable et le premier rôle appartient au salicylate de soude, que l'on donnera à la dose de 2 à 4 grammes *pro die*, en potion avec du sirop de fleurs d'oranger et de l'eau de tilleul.

Concurremment, on prescrira le carbonate de lithine, et, au besoin, la belladone.

Localement, c'est surtout, nous l'avons vu, dans les accès subaigus, qu'on se trouvera bien des compresses imbibées de la solution à sursaturation de borax.

Traitement de la goutte articulaire chronique.

Le traitement sera général et local.

Il s'appliquera d'abord à remonter l'état général du malade. Les fonctions digestives seront stimulées par le quassia amara et les strychniques, l'anémie et la faiblesse seront combattues par le fer, le quinquina et la noix vomique. Le traitement déjà étudié de la diathèse goutteuse sera institué.

Localement, il peut s'agir de tophus, d'œdèmes, ou de raideurs.

Dans le premier cas, seule de tous les agents physiques, l'ionisation lithinée donne des résultats assez constants. Quand les concrétions tophacées sont assez volumineuses, la question de leur ablation se pose, car massages, bains de lumière, douches d'air chaud, compression, cautérisations et ponctions superficielles n'ont aucune action sur elles. Avec de minutieuses précautions aseptiques, il est indiqué d'ouvrir les tophus ramollis au cours d'un accès de goutte, et même, en dehors des accès, les tophus facilement accessibles sur lesquels on pourra ensuite pratiquer toute l'asepsie voulue. On curettera, si besoin. Le thermocautère remplacera avantageusement le bistouri.

Contre les gonflements et la raideur, on usera de compression légère et de massage, qui ne sera d'abord que de l'effleurage. La photo et la thermothérapie, les douches locales écossaises, le courant galvanique, le courant de haute fréquence et l'ionisation lithinée viendront apporter leur contingent d'action au traitement des séquelles de la goutte.

Docteur André MOLINA.

MALADIES DES YEUX

Les manifestations arthritiques de l'œil.

Par le Dr S. FRADKING,
Licencié ès-sciences.

L'arthritisme, dont nous ne savons pas grand'chose, et le rhumatisme, dont nous savons fort peu de choses, aiment tous les deux — et ce sont bien *deux états* morbides distincts — les membranes de notre appareil visuel. De la conjonctive palpébrale à la rétine, en passant par l'ensemble des parties constituantes du globe, tout peut être touché par les mystérieux microbes pathogènes de l'arthritisme. La clinique pratique de tous les jours nous fournit quotidiennement, pour ainsi dire, des spécimens de ces manifestations quelque peu spéciales de cette diathèse. Il est intéressant, je crois, pour le praticien, de s'y arrêter un instant, tant pour le traitement que pour le parti à en tirer au point de vue du diagnostic général.

J'ai dit à l'instant que l'arthritisme et le rhumatisme ne sont pas des synonymes. En effet, s'il est permis à l'heure actuelle de classer le rhumatisme dans le chapitre des maladies infectieuses, bien que l'agent pathogène n'ait pas encore été isolé et classé, l'arthritisme, lui, demeure, et probablement pour longtemps, dans le groupe un peu vague des diathèses de ralentissement, d'autointoxication, etc. C'est un terrain mal nourri, ouvert à tous les germes, et particulièrement aux mauvais, aux parasites et aux rôdeurs.

Je traiterai aujourd'hui des manifestations oculaires de l'arthritisme exclusivement, réservant pour une autre fois ce qui a trait au rhumatisme proprement dit.

C'est surtout au niveau du segment antérieur de l'œil que l'arthritique trahit ses faiblesses. La conjonctive, la scléro-épisclère et la cornée, voilà les trois principales membranes qui réagissent d'une façon quasi caractéristique aux toxines endogènes de l'arthritisme.

Etudions-les séparément.

La conjonctive. — Nous devons distinguer deux types de conjonctivites, selon que nous aurons affaire à un jeune sujet ou à un vieillard. Chez le premier, elle prend la forme de la *conjonctivite folliculaire* ; chez le second, elle se nomme — d'après les classiques — *conjonctivite catarrhale chronique.*

La conjonctivite folliculaire, que d'aucuns confondent avec la conjonctivite granuleuse, à tort certainement, est caractérisée par la présence, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, *et rien que là*, de petites granulations rougeâtres, vésiculaires. Pour les voir, il suffit d'ectropionner

la paupière inférieure, en abaissant avec le pouce son angle externe. C'est surtout dans le cul-de-sac assez profond de cet angle qu'elles sont localisées, prenant la forme tantôt de petites têtes d'épingle rangées en file, allant jusqu'au tiers interne de la paupière et se superposant en escalier, du globe vers le bord palpébral ; tantôt, ce sont des pointes d'aiguilles translucides, vésiculeuses, groupées en amas serré, tapissant le cul-de-sac d'une mosaïque lymphatique.

Quelles en sont la symptomatologie et l'évolution ? Dans tous les cas que j'ai observés, j'ai pu remarquer deux périodes bien distinctes. La crise, 1re période, et l'accalmie, l'état latent, 2e période. La symptomatologie diffère évidemment suivant que nous voyons le malade pendant l'un ou l'autre stade. Tout comme s'il s'agissait d'un hépatique, par exemple, qui n'a pas la même physionomie au moment de sa colique et après.

Objectivement, la crise se manifeste par une injection intense de la conjonctive palpébrale d'un seul œil ou des deux à la fois, mais avec prédominance d'un seul généralement. La conjonctive est rouge dans sa totalité. Une vascularisation profuse monte vers la conjonctive bulbaire, d'abord dans le segment inférieur, puis encerclant presque la totalité de la cornée ; mais, fait important, le limbe scléro-cornéen n'est *jamais dépassé* ; de même la conjonctive est *sèche*, sans aucune espèce de sécrétion, contrairement aux autres formes des conjonctivites. Subjectivement, le malade se plaint de photophobie, de sensation de sable dans les yeux, provoquées par le gonflement des follicules et par la turgescence vasculaire, de l'impossibilité de travailler et même de dormir.

Après un traitement que nous allons indiquer dans un instant, les phénomènes inflammatoires disparaissent, la sclérotique blanchit, la conjonctive palpébrale également, les follicules s'affaissent, s'aplatissent, et nous entrons dans la période d'état, dénommée par les anciens : conjonctivite folliculaire, proprement dite (1). Les symptômes subjectifs suivent naturellement la même régression : à peine une vague sensation de poussière dans l'œil. Le praticien ne verrait pour ainsi dire jamais le malade à ce moment. C'est en ectropionnant la paupière inférieure que le spécialiste, avec la loupe et l'éclairage oblique, distinguera un semis de petites vésicules blanc rosé sur le fond conjonctival à peine hyperémié.

Les classiques disent que les follicules persistent des semaines et des mois sans changer ni d'aspect ni de volume, et qu'ils finissent par disparaître complètement, ne laissant jamais de cicatrices. Cela est la vérité même, mais avec un léger correctif que voici : de temps en temps, la conjonctive et son tapis folliculaire sortent de leur état léthargique, s'enflamment, s'injectent, les vaisseaux rampent sur la sclérotique, la photophobie réapparaît, et la crise se développe.

Je vois en ce moment deux malades qui ont eu chacun 3 crises, l'un en 14 mois, l'autre en 20 mois, toutes presque calquées l'une sur l'autre, sauf une légère diminution dans l'intensité des sensations subjectives. Tout comme les crises articulaires, sciatiques ou goutteuses épuisent leur acuité en se répétant trop fréquemment.

Comme on le voit, l'arthritisme, à quelque organe qu'il s'attaque, quelque masque qu'il arbore, c'est toujours le même type morbide que la clinique nous esquisse : de l'électricité statique entrecoupée de décharges étincelantes, sous l'influence d'une cause quelconque, microbienne, toxique ou mécanique.

Chez le vieillard, les tissus adénoïdes n'existant pour ainsi dire plus, la diathèse arthritique de l'œil ne s'habille plus du manteau folliculaire, trop riche. La conjonctivite catarrhale chronique est sa seule ressource.

Tout le monde a vu ces yeux à paupières rouges, humides, enrubannées d'une légère écume blanche, émulsion du liquide lacrymal et de la sécrétion meïbomienne ; je ne m'attarderai donc pas à la description de cette affection. Je dirai simplement un mot de son évolution et de sa symptomatologie subjective.

Le malade vient nous trouver pour une lourdeur particulière des paupières, surtout le soir, il est comme accablé par le sommeil. Les filaments muqueux, séjournant dans le cul-de-sac conjonctival, donnent la sensation des cheveux dans l'œil. Quelquefois, la cornée se couvrant de cette sécrétion, rend la vision trouble, la flamme du gaz s'entoure d'anneaux irisés, la lecture est difficile, et le malade souffre d'éblouissement, de clignotement réflexe fréquent, de larmoiement cuisant, de prurit et d'eczéma des paupières.

En examinant les yeux, vous ne trouverez souvent pas grand'chose au niveau de la conjonctive même, mais vous noterez un léger épaississement de la marge du tarse inférieur, un durcissement et un raccourcissement de la paupière inférieure enflammée et humide, un déplissement du cul-de-sac entraînant un ectropion qui ira en s'accentuant de plus en plus, et enfin, dans quelques cas, une petite ulcération cornéenne, en dedans du limbe, à bords nets et à fond plat. Cette ulcération est très douloureuse à cause de l'insuffisante occlusion de l'œil, qui l'expose à l'action nocive des intempéries de l'extérieur.

Comment évolue cette affection ? Comme toutes les autres manifestations morbides de cet

(1) Quelques auteurs divisent ce chapitre en : 1° Conj. foll. proprement dite ; 2° conj. aiguës avec follicules. En vérité, il s'agit de deux stades d'une seule et même affection.

âge. Point de crises aiguës (1). Rien que chronicité, longueur, atonie ; elle est souvent difficilement guérissable, bien qu'améliorable d'une façon marquée.

Rien à dire de l'étiologie. C'est une manifestation de la diathèse, ce qui veut dire *tout et rien*.

Certains auteurs incriminent comme causes adjuvantes : la fumée, les poussières, la chaleur, des veilles prolongées, l'éthylisme, le mauvais temps, un défaut de réfraction, etc., etc. De même que pour la conjonctivite folliculaire, on a prétendu qu'il s'agit d'une infection microbienne, bien que jamais on n'ait pu mettre le microscope dessus.

Ce qu'il y a de plus clair, c'est que tout le monde n'a pas le droit de faire à plaisir une conjonctivite arthritique. Nous sommes en face d'un état constitutionnel, d'un terrain volcanique qui fait éruption à toute modification atmosphérique.

Au fond, ces éruptions ne sont que des décharges de défense. L'organisme d'un arthritique étant en défaut au point de vue du métabolisme physiologique, les toxines endogènes et les déchets s'accumulent dans le sang et les organes. Pour opérer une dérivation, le jeune arthritique effectue une hypertrophie de ses tissus adénoïdes, cette grande armée permanente et toujours mobilisable. D'où conjonctivite folliculaire, amas des cellules lymphoïdes. Le vieillard, lui, pauvre Roi Lear, ouvre le robinet de ses glandes lacrymales et meibomiennes pour extérioriser les toxines internes, humorales. Les larmes de la conjonctivite catarrhale chronique sont surchargées de toxines, et voilà pourquoi la paupière en souffre si intensément de même que la cornée.

Ce point de pathologie philosophique mériterait quelque développement, mais je n'insiste pas.

Nous n'aurons terminé notre tâche que quand nous aurons essayé de soulager notre malade après avoir diagnostiqué sa diathèse. Les considérations théoriques ne doivent nous empêcher de remplir notre mission, qui est de soulager l'état local tout en veillant sur l'état constitutif de l'organisme.

Pour la conjonctivite folliculaire je me suis toujours bien trouvé des lotions *chaudes* de n'importe quelle solution : Résorcine, 1 °/₀₀ ; borate de soude, 1 % ; cyanure d'Hg, 1/5000 ; et même avec une infusion de camomille simplement. Un jet de vapeurs chaudes chargées ou non d'une substance médicamenteuse est d'un excellent effet. Comme intervention directe, un frottage des culs-de-sac au nitrate d'Ag à 1 % tous les deux jours, m'a donné de très bons résultats. Les follicules se vident par la pression de la baguette et le topique pénètre dans le fond même de ces vésicules écrasées. Ce traitement abrège beaucoup la durée de l'évolution, et surtout soulage le malade, à tel point qu'il se croit guéri au bout de 10 à 15 jours de traitement.

(1) Sauf infection surajoutée.

Contre la conjonctivite catarrhale chronique, nous éprouvons beaucoup plus de difficultés à lutter. Le mieux est d'utiliser l'argyrol à 1/20, le collyre jaune (1), le sulfate de zinc en collyre au 1/40, ou mieux en lotions chaudes d'après la formule :

Sulfate de zinc	1 gr.
Chlor. de cocaïne	0 gr. 50
Eau distillée	500 gr.

On peut également saupoudrer la conjonctive avec du tannin ou de la gallicine. Si la sécrétion est abondante, un attouchement au nitrate d'argent à 1/50 est encore le meilleur topique.

Pour l'eczéma des paupières, une pommade à l'oxyde de zinc le soir et la poudre (amidon + talc) dans la journée rendent de réels services.

L'affection étant tenace et de longue durée, il est bon d'avoir sous la main plusieurs médicaments, de manière à désarmer l'accoutumance qui se manifeste assez rapidement chez ces malades, qui *résistent peu ou mal et trop aux remèdes*.

Il est bien entendu que le praticien se souviendra qu'il est en face d'un arthritique, et que le régime, l'hygiène, le traitement général (arsenic, soufre), sont d'un précieux secours dans toutes les manifestations diathésiques ; des laxatifs fréquents sont fort utiles, car ces malades sont souvent des constipés opiniâtres.

PHYSIOTHÉRAPIE

Les boues radio-actives et leur utilisation thérapeutique.

Les succès retentissants obtenus, en particulier, dans le traitement des tumeurs malignes par les irradiations de radium ont un peu mis dans l'ombre, surtout en France, les autres modalités d'utilisation des substances radio-actives. Pourtant leurs applications nombreuses et intéressantes méritent d'autant mieux de retenir l'attention du médecin que nous savons maintenant que les vertus de certaines eaux minérales et de la plupart des boues thermales n'ont pas d'autre raison d'être que leur radio-activité due à la présence de l'émanation du radium. Mais c'est là un gaz fugitif et de courte durée :

(1) Chl. d'ammoniaque .... 0 gr. 02
Sulfate de zinc .... 0 gr. 05
Camphre } āā 0 gr. 01
Safran }
pour 15 gr. d'eau.

ces eaux et ces boues perdent donc rapidement leurs propriétés ; elles « meurent » et ne se prêtent pas à la cure au loin.

Pour les boues, en particulier, cet inconvénient a certainement restreint d'une façon considérable leurs applications médicales, alors que cependant leur remarquable efficacité dans un grand nombre d'affections a justement fait la célébrité de quelques stations, surtout italiennes.

Mais voici que, depuis quelques années, l'industrie du radium nous livre en quantités appréciables des *boues radio-actives*, résidu de l'extraction du métal précieux. Ce n'est pas d'ailleurs aux quantités infinitésimales de radium qu'elles peuvent contenir encore qu'est due leur activité, mais bien à la présence de traces appréciables d'*actinium*.

On sait, en effet, qu'il existe trois grandes séries de corps radio-actifs : les familles de l'uranium, du thorium et de l'actinium dont les représentants les plus connus et les plus caractéristiques sont, pour chacune, le radium, le mésothorium et l'actinium. Ce dernier corps est infiniment plus actif que le radium, mais il a été jusqu'à présent impossible de l'isoler en quantités suffisantes, et il reste perdu dans les résidus lors de la préparation du radium, donnant à ces résidus ou « boues » une radio-activité qui est d'environ 0,15 si nous prenons celle de l'uranium comme étalon.

C'est dire que ces boues actinifères sont infiniment plus radio-actives que celles des stations thermales. Elles ne le sont pas assez cependant pour que leur application comporte un danger de brûlure, d' « actiniumdermite » et elles permettent de compenser le manque d'intensité par la surface d'application en même temps que par la durée, soit qu'on les étende à la manière d'un cataplasme sur la région à traiter, soit qu'on les dilue dans l'eau d'un bain général ou local.

Telles quelles, elles méritent de retenir notre attention.

C'est évidemment dans les affections ostéo-articulaires chroniques, qui sont du ressort des boues et des eaux thermales naturelles, et en première ligne dans le grand groupe des rhumatismes chroniques déformants que les boues radio-actives trouveront leurs plus fréquentes applications. Il n'est pas exagéré de dire que, sans pouvoir jamais y être nuisibles, elles y opéreront très souvent des merveilles. Il ne saurait être question de la guérison définitive et radicale de l'affection ; mais, comme elle n'est gênante pour les malades qu'en raison de l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne et des douleurs qu'elle provoque, c'est au degré de mobilisation des articles atteints et à la diminution de la douleur qu'il faut juger la valeur d'une médication. Sous ce rapport, il ne semble pas qu'aucun traitement donne des résultats comparables aux boues radio-actives employées, et en applications et en bains généraux, avec quelque persévérance.

Les observations qu'avait recueillies à cet égard, à la Salpêtrière, M. O. Claude étaient particulièrement démonstratives ; il s'y en est joint depuis beaucoup d'autres, aussi bien en France qu'à l'étranger : toutes confirment les premiers résultats observés et montrent la rareté des insuccès.

S'il est légitime d'essayer l'action des boues radio-actives dans toutes les affections ostéo-articulaires ankylosantes, douloureuses et rebelles, quand cela ne serait que pour chercher à mettre en jeu l'action analgésique si remarquable des radiations, et si l'on a pu constater à ce point de vue des résultats très favorables, même dans certaines arthrites uniquement traumatiques, il n'en est pas moins vrai que certaines formes se prêtent mieux que d'autres à leur action sans que l'on puisse d'ailleurs, bien souvent, s'expliquer d'une façon satisfaisante les différences observées.

Le rhumatisme gonococcique paraît être, en général, un des plus heureusement influencés. Il semble que, dans ces arthrites, dont le pronostic fonctionnel reste si souvent réservé, les boues radio-actives soulagent mieux que toute autre médication les phénomènes douloureux observés et, surtout, s'opposent efficacement à la réaction articulaire qui se traduit si fréquemment par l'ankylose définitive. Ce sont les formes subaiguës qui fournissent ici les meilleurs résultats.

Dans un grand nombre d'autres arthrites subaiguës ou chroniques — arthrites hémophiliques, psoriasis arthropathique, etc., — on pourra faire des observations analogues à celles de Claude, Français, A. Renault, Launois, Joltrain, etc., en France.

A titre essentiellement analgésique, les bains ou les applications directes de boues pourront rendre de grands services dans toutes les affections douloureuses du système nerveux, dont les névralgies sont le type le plus souvent désespérant, aussi bien pour le médecin que pour son malade, et, dans la sciatique en particulier, Mme Fabre et d'autres auteurs ont signalé des cas d'amélioration marquée ou de guérison. Toutes les manifestations douloureuses de cet ordre pourront donc être justiciables à l'occasion d'un essai de traitement par les boues dont l'indication s'étendra sans doute à divers cas de spasmes et de contractures.

Mme Fabre et M. Lutaud ont entrepris une série de recherches relatives à leur action dans les affections gynécologiques, soit en injections, soit en applications à demeure (en pansements, etc.). Dans diverses salpingites, dans des vulvites blennorragiques, les phénomènes douloureux et

les écoulements ont été rapidement et heureusement influencés.

Dans le domaine de la dermatologie proprement dite les applications d'appareils radifères et la radiothérapie restreindront l'usage des boues aux cas dans lesquels il importe avant tout d'être prudent : nous citerons seulement l'eczéma de la paume de la main comme étant souvent particulièrement amélioré.

Nous croyons en avoir dit assez pour montrer tout le réel intérêt qui s'attache à cette modalité d'application des substances radio-actives. Elle est simple, peu coûteuse, active, inoffensive en tout cas, et constitue, en particulier contre l'élément douleur et la tendance ankylosante d'un grand nombre d'affections articulaires, une médication au moins symptomatique de tout premier ordre. Elle mérite donc d'attirer davantage chez nous l'attention des praticiens et d'être expérimentée par eux sur une plus large échelle.

J. DUMONT.

Extrait de *La Presse Médicale*, avril 1914.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Le traitement de la syphilis à la période du chancre.

Salvarsan ou néosalvarsan, arsénobenzol ou néoarsénobenzol, mercure seul, ou mercure associé aux médications d'Ehrlich,tels sont les produits qui se partagent la faveur du public. Le Dr Nanta, dans le service de M. le prof. Audry, de Toulouse, a mis en œuvre la méthode suivante dans le *traitement de la syphilis à la période du chancre*.

Trois injections intraveineuses à 10 jours d'intervalle, renfermant chacune de 0,60 à 0,90 cgr. d'arséno-benzol.

Le jour même de l'injection intra-veineuse, commencer une série de 6 piqûres d'Hg. (huile grise, calomel, sels solubles). Repos de 5 jours entre chaque piqûre de Hg. Six semaines d'abstention totale et le malade est soumis, à nouveau, à une cure mercurielle. Dans 75 % des cas traités, la réaction de Wassermann a été nulle après la deuxième cure Hg.

Certains sels arsenicaux ont eu une répercussion fâcheuse sur le nerf optique. On a noté quelques cas de cécité permanente après des injections d'atoxyl. Le 606 jouit-il de l'immunité vis-à-vis de l'œil ?

Le Dr de Saint-Martin, passant en revue les cas publiés par les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question, relève que parfois le 606 a été nul, mais qu'il n'a jamais été nocif et que les aggravations constatées en cours de traitement provenaient de récidives de la syphilis

---

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les rapports du trophœdème et des adiposes généralisées chez la femme. — Dr M. VIARD. Thèse de doctorat, Paris 1913, Ollier-Henry, éditeur.

Ce travail, qui précise un certain nombre de points relatifs à l'adipose localisée, esquisse un essai d'explication pathogénique que permet à cette heure notre meilleure connaissance du fonctionnement des glandes endocrines et de leur action sur l'économie tout entière.

En voici les conclusions :

1. L'adipose localisée paraît n être, en réalité, qu'une obésité locale ou localisée, qui se rencontre exceptionnellement dans l'enfance, et alors d'une façon peu nette ; elle apparaît généralement au moment de la puberté.

2. L'obésité locale, comme l'adipose généralisée (expression clinique d'une perturbation dans la régulation graisseuse de l'organisme), paraît résulter ou d'une absorption en trop grande quantité par l'organisme des aliments producteurs de graisse, ou de leur élimination défectueuse, ou de leur mauvaise utilisation, consécutives à une perturbation du système régulateur de la nutrition des tissus, du tissu adipeux en particulier.

3. L'adipose localisée paraît être, dans un certain nombre de cas, sous la dépendance directe d'un fonctionnement insuffisant des ovaires, de l'hypophyse, ou de la glande thyroïde.

— En général, à l'insuffisance ovarienne correspond une adipose généralisée, mais appréciable surtout au ventre, aux cuisses et aux flancs.

— A l'insuffisance hypophysaire peut correspondre une adipose des membres inférieurs.

— A l'insuffisance thyroïdienne correspond une adipose surtout appréciable à la face.

A dire vrai, cette classification n'a qu'une valeur schématique, étant donnée la fréquence des perturbations polyglandulaires dans les syndromes endocriniens.

4. Le trophœdème paraît être également une adipose localisée qui a, pour origines profondes, des perturbations endocrino-sympathiques, peut-être aussi un trouble dans le fonctionnement des glandes à sécrétions internes, jusqu'à présent inconnues.

CORRESPONDANCE

Les prétentions absurdes des Mutualistes.

I

Je vous adresse la coupure ci-jointe, extraite d'un journal de ma région.

N'est-il pas extraordinaire de voir des gens qui, comme les mutualistes, se coalisent pour nous imposer des salaires de famine, vouloir nous refuser le droit de nous unir à notre tour pour défendre notre pain ?

Ces gens-là accordent à ceux de nos confrères de Rouen qui acceptent leurs conditions, des indemnités forfaitaires, de sorte que l'acte médical leur revient de 0 fr. 25 à 0 fr. 50 en moyenne, suivant les cas. Nous sommes loin de l'ancien tarif Jeanne, et même du tarif d'assistance départementale.

Je comprends dans ces conditions que l' « Emulation chrétienne », par l'organe de son président, rende *un hommage mérité* aux médecins de Rouen qui veulent bien, en sa faveur, abandonner leurs honoraires légitimes en échange d'une aumône dérisoire.

Ce que je comprends moins, c'est l'aveuglement que témoigne cette crise d'indignation contre des praticiens honorables qui exercent simplement un droit de légitime défense. Ces affirmations inexactes, les mises en interdit, ne sont-elles pas employées chaque jour par les mutualités contre les médecins indépendants pour les plier à leur joug despotique ?

Et voilà les nouveaux défenseurs du « libre exercice de la médecine », odieux fumistes qui ne songent qu'à nous exploiter indignement par tous les moyens !

Dr M.

La crise médico-mutualiste.

M. Vermont a rendu ensuite un hommage mérité aux médecins de Rouen et spécialement à ceux de l'Emulation chrétienne. Mais il n'y a pas que les maladies qui soient contagieuses et quand on est menacé d'un grand mal, il ne faut pas imiter les autruches en craignant de l'examiner. Depuis quelques années, dans beaucoup d'endroits, le bon accord des médecins et des mutualistes est rompu et il en résulte une crise qui s'aggrave tous les jours.

M. Vermont en indique rapidement et impartialement les causes. La principale vient de l'étrange prétention de certains syndicats médicaux qui voudraient imposer leur méthode et universaliser leurs tarifs, en ne tenant compte ni de la diversité d'âge, de résidence et de situation des médecins, ni de la diversité du personnel, de l'importance et des statuts des sociétés.

Les moyens employés sont blâmables ; affirmations inexactes, visites à domicile pour exciter les participants contre leurs conseils d'administration, violation des conventions librement acceptées, mise en interdit des médecins et des sociétés conservant

leur indépendance et refusant de se plier à ce joug despotique.

Ce nouvel état de choses a déjà eu les conséquences suivantes : dans certains endroits, notamment à Marseille, les sociétés se sont groupées et n'ont pas eu de peine à trouver des docteurs en leur garantissant une clientèle toute faite et un total d'honoraires très satisfaisant. Dans d'autres départements, les sociétés, ne pouvant résister à ces exigences, ont supprimé le service de maladie, remplacé par des indemnités en argent qui ne reçoivent pas toujours leur destination. Résultats : désorganisation des sociétés, augmentation des frais de l'assistance, diminution des honoraires des médecins, nouvelle cause de division entre concitoyens.

Déjà, de divers côtés, on demande la suppression du droit pour les médecins de se syndiquer, et plusieurs réclament que des poursuites judiciaires soient exercées contre cette coalition par application de l'article 420 du code pénal. Sans aller aussi loin, M. Vermont pense que l'existence des syndicats médicaux sera bien éphémère, s'ils continuent à sortir de leurs attributions et à vouloir empêcher le libre exercice de la médecine qu'ils devraient assurer. Il est heureux que la ville de Rouen ait échappé jusqu'ici au conflit et aux dangers qu'il convient de signaler.

La séance est levée au milieu des applaudissements.

(*Journal de Rouen*, 10 avril 1914.)

II

Je vous adresse ci-inclus pour vous montrer l'état d'esprit des mutualistes dans notre région, depuis notre rupture complète avec eux, un article du *Petit Méridional* d'hier. Il est signé du « Directeur de l'Amicale des Présidents de Société de secours mutuels de Montpellier ». Je crois qu'il y aurait intérêt à ne pas le laisser passer inaperçu.

Dr R.

Autre côté de la question.

L'Amicale des présidents de Montpellier. — La question médico-mutualiste. — L'accord est-il possible ? — S'il ne peut pas se faire, renvoyons la question à qui de droit.

Lundi prochain, se tiendra la première réunion de l'Amicale des présidents des Sociétés de secours mutuels de Montpellier, dont j'annonçais la constitution définitive dans mon article de dimanche dernier.

Deux questions sont à l'ordre du jour : les rapports médico-mutualistes et la situation des mutualistes appartenant à plusieurs sociétés. Je crains que ce ne soit beaucoup pour une première réunion, la besogne que nous nous sommes donnée sera tout au moins la preuve de notre désir d'en beaucoup faire.

J'ai accepté avec joie la discussion de l'importante question médicale qui m'a été à la fois proposée par M. de Casamajor, membre du Conseil supérieur de



la mutualité et par M. Warnery, le distingué président de l'Union et Fédération des sociétés de secours mutuels de l'Hérault, parce qu'il m'a semblé que, sur le terrain particulièrement dangereux qu'elle est pour nos jeunes pas, notre Amicale trouvera l'occasion d'affirmer qu'elle a, à la fois, le souci de son indépendance et de la sagesse de ses décisions.

Nulle question n'est, en effet, plus difficile à résoudre. Il ne s'agit pas seulement de prendre une décision entre mutualistes, il faut encore trouver un moyen pratique de réconcilier médecins et mutualistes en leur offrant un terrain d'entente qui, je le reconnais, n'est peut-être pas facile à retrouver — car nous l'avions et nous l'avons perdu ce terrain qu'il eût été plus aisé de conserver que de retrouver.

Je m'excuse d'avoir parlé du passé. Je l'ai fait volontairement, ce retour au passé, pour me procurer l'occasion d'affirmer que notre volonté ferme est de l'oublier ou plutôt de ne nous en souvenir que pour expliquer par lui l'état de choses que nous déplorons et auquel nous cherchons un remède. L'avenir seul sera véritablement l'objet de nos préoccupations. De tous nos vœux nous l'appelons fécond en réformes bienfaisantes. Et conscients de ce que peuvent les hommes dans la préparation de leur destinée, nous nous efforcerons de donner pour base à nos travaux la raison.

***

Il semble que dans cet exposé « de la tactique », j'aie perdu de vue la question médico-mutualiste qui nous préoccupe présentement. Il n'en est rien. J'y trouve au contraire l'occasion d'en faire une application immédiate.

On a l'habitude, quand on parle du problème que nous nous posons : l'entente des médecins et des mutualistes, de se livrer à des considérations à perte de vue, à des comparaisons de région à région et de conclure du particulier au général, pour revenir ensuite au particulier. La méthode est plutôt mauvaise. La question ne peut recevoir que des solutions locales, les renseignements que l'on nous apporte du dehors ne doivent donc pas exciter notre résistance, ils doivent être considérés par nous seulement comme de la documentation à mettre sous les yeux de nos adversaires pour leur montrer qu'il y a possibilité de s'entendre.

Il faut donc, avant de vouloir le résoudre, « situer » le problème.

Nous le « situerons » à l'Amicale des présidents, en le posant sous cette forme :

A Montpellier, étant donnée la moyenne des salaires ouvriers, l'état sanitaire de la population en général, la cherté de la vie qui pèse sur les médecins comme sur les autres travailleurs, quel est le prix de la visite qui sera accessible aux ouvriers et qui donnera satisfaction aux médecins ?

Je sais bien qu'ici, poser le problème n'est pas le résoudre, et que ce serait aller vite que de le tenir pour résolu, pour l'avoir ainsi posé. Nous n'oublions

pas, en effet, que l'inconnue doit satisfaire les besoins des médecins et les possibilités des mutualistes; toutes conditions difficiles à réaliser.

Mais il me semble qu'à l'avoir ainsi isolée par la pensée, notre inconnue, le problème gagne déjà en clarté, la méthode se dessine, la solution apparaît possible.

Après le problème préliminaire dont je parle, elle sera certainement entre les exigences des médecins et les possibilités des mutualistes ; il suffira d'un effort de part et d'autre pour que les mains se touchent et si, d'aventure, il arrivait qu'elles ne puissent pas se toucher, il y aurait lieu alors à déclarer le problème impossible avec ses données, ce qui serait encore une solution.

***

Le déclarer, sera le devoir de l'Amicale et je sais bien qu'elle n'y faillira pas, parce que son aveu d'impuissance fera poser le problème ailleurs, sous d'autres formes dans les assemblées où, pour alléger la charge des budgets communaux, départementaux ou de l'Etat, on suit avec intérêt les résultats que donne l'effort individuel et libre, la prévoyance.

C'est en effet un côté de la question qu'il faut envisager, celui qui, tout d'un coup, ferait des assistés éventuels que sont la plupart des mutualistes, des assistés véritables, avec toutes les charges pécuniaires que comporte cette qualité pour la collectivité.

Quelle est l'assemblée qui gère les intérêts de la collectivité qui ne serait pas frappée par la gravité de la situation que lui créerait la dissolution de toutes les sociétés de secours mutuels.

Pour parer à cette crise, il n'y aurait, à première vue, qu'un moyen : augmenter le régime des subventions jusqu'à ce que le maximum d'efforts que l'on peut exiger du travailleur se confonde avec le minimum des exigences médicales.

Il y en aurait peut-être un autre : réglementer la profession de médecin, transformer ce qu'ils ont considéré jusqu'à aujourd'hui comme un devoir en une obligation.... Ou peut-être encore proclamer l'assurance obligatoire, avec des médecins-fonctionnaires.

Que sais-je enfin, des extrémités auxquelles il faudrait en arriver ?

Quelles qu'elles soient, la solution du problème ne nous appartiendrait plus et il ne resterait plus aux groupements comme les nôtres, après avoir constaté leur incapacité de le résoudre, qu'à les soumettre à ceux qui, usant de ressources plus considérables, auraient intérêt à trouver le moyen pratique qui serait resté pour nous l'inconnue.

Jules ALMES.

(*Le Petit Méridional*, 10 avril 1914.)

Mise en réforme d'un soldat malade.

Le fils d'un de mes clients étant soldat à Paris a contracté une broncho-pneumonie, il y a trois mois environ, aux obsèques de Picquart, paraît-il. En plus du traitement classique, il lui a été fait un abcès de fixation à la cuisse droite. Cet abcès a occasionné un décollement allant du genou au trochanter, qui n'est pas actuellement guéri.

Le médecin-chef va proposer le jeune soldat pour la réforme n° 2, c'est-à-dire sans indemnité ni pension.

Il me semble que dans ce cas, il pourrait réclamer la réforme n° 1, car, par suite de la cicatrice de l'abcès et de l'atrophie considérable du membre inférieur droit, le soldat ne peut marcher sans béquille.

Je vous serais reconnaissant de me donner votre avis et de m'indiquer la façon de procéder pour obtenir la réforme n° 1.

Dr D.

Réponse.

Nous vous adressons la réponse de notre collaborateur technique militaire :

Pour toute demande de gratification de réforme n° 1, de pension, la *première* pièce à établir, c'est le certificat d'origine de blessures ou de maladies — ou, à son défaut, le procès-verbal d'enquête.

Si donc vous estimez que votre jeune soldat ait droit à une réforme n° 1, indemnité, etc., celui-ci doit avant tout faire une demande à son chef de corps par la voie hiérarchique (c'est-à-dire médecin traitant de l'hôpital, médecin-chef), pour que cette pièce indispensable soit établie.

La Commission de réforme examinera ensuite le cas (certificats d'examen et de vérification, signés par quatre médecins) et fera les propositions voulues au Ministre, qui statuera.

Une perle ! !

Lettre authentique, adressée à l'un de nos bons amis qui veut bien nous la communiquer.

Monsieur le Docteur G.

Je viens vous demander si vous tenez à guérir de l'ulcère variqueux qui vous ronge la jambe, car je guéris tout ulcères réputés incurables, et abandonnés des médecins, infailliblement guéries par ma méthode, sans aucunes pommades. Ne voulant pas me faire connaître, sans savoir si vous le désirez, et dans ce cas je vous prierai de bien vouloir m'écrire poste-restante aux initiales et numéro. F. P. L., n° 129, rue ......

Excusez-moi de taire mon nom, ce que je puis dire, c'est que je suis une dame

Dans l'attente d'une prompte réponse, agréez, Monsieur, mes sincères salutations.

Mme A.

En lisant une pareille élucubration, on se demande s'il ne s'agit pas d'une vaste « blague », d'une incommensurable « fumisterie » faite aux dépens de notre confrère. Et pourtant non ! L'écriture, la suscription, les cachets de la poste, tout indique bien que c'est sérieux... Et ce n'en est que plus affligeant !

L'exercice illégal est à cette heure tellement assuré de l'impunité qu'il s'étale au grand jour, en pleine impudeur et impudence, et qu'il n'hésite plus à solliciter les médecins eux-mêmes.

Dans quelques années, du train où vont les choses, et si l'on n'y prend garde, l'exercice illégal deviendra la légalité, et les médecins diplômés seront considérés comme des illégaux. Et il y a douze mille médecins syndiqués en France ! A quoi diantre passent-ils leur temps ?

La « gracieuseté » d'une compagnie d'assurances.

Je vous adresse une lettre que je viens de recevoir d'une Compagnie d'assurances. Il s'agissait d'un patron blessé, qui, d'après son contrat, est obligé de payer médecin et pharmacien. L'assurance paie les certificats de constat et de guérison.

Je n'insiste pas sur la question de rabais (6 fr. au lieu de 8). Le patron me paiera. Je vais retourner un mot bien senti à l'assurance. Mais je vous avoue avoir eu un moment de douce gaieté à la lecture de ce document. On ne peut être plus aimable.

Décidément, les assurances se convertissent et nous comblent d'honoraires à titre gracieux ! Quelle trouvaille !

Si vous le jugez à propos, publiez la lettre, je vous l'abandonne. Elle est documentaire.

Dr P.

Je vous adresse ci-inclus votre note d'honoraires pour coût des 2 certificats délivrés à M. R. pour son accident survenu en février dernier. La Direction de Paris a réduit cette note à 6 fr., *chiffre accordé gracieusement* pour coût des certificats lorsqu'il s'agit de l'assurance individuelle d'un patron.

Veuillez bien l'acquitter et me la retourner, je vous ferai parvenir par retour du courrier un mandat-poste de même somme.

Agréez, etc...

L'Agent général :

B.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Blessés du travail hospitalisés. Honoraires des médecins traitants.

Dans le n° 9 du *Concours médical* (1er mars 1914), nous avons reproduit et commenté une consultation de M. A. Peytel, le distingué conseil judiciaire de *Paris médical*, relative aux questions suivantes, posées par un abonné de ce journal :

Ai-je le droit de réclamer des honoraires pour les pansements que j'ai faits à l'hôpital, dont je ne suis pas médecin ?

L'administration de l'hospice a-t-elle le droit de réclamer, en plus du prix ordinaire de journée, le prix des objets de pansements qui ont été employés ?

Dans l'espèce invoquée, rappelons-le, il s'agissait d'un médecin qui avait d'abord soigné à domicile un blessé du travail. Puis, à l'hôpital, où celui-ci avait été transporté ultérieurement, avait continué à lui donner ses soins, avec l'assentiment du médecin de l'établissement.

Me Peytel avait répondu : *N'étant pas médecin de l'hôpital, il peut réclamer directement le paiement de ses honoraires.....*

Nous disions dans notre commentaire : Erreur, le « tout compris » est opposable au médecin traitant, nonobstant sa qualité, qu'il fasse ou non partie du personnel médical de l'hôpital.

Dans le dernier numéro de *Paris médical*, Me Peytel revient sur cette question, « afin de justifier son opinion contre les critiques qu'elle a pu soulever ». Or, la précision qu'il entend apporter dans l'expression de cette opinion ne nous paraît pas suffisamment satisfaisante. Nous allons y revenir à notre tour, afin de mettre nos lecteurs en garde contre des interprétations incomplètes ou erronées. Tout d'abord, le problème posé n'est pas aussi particulier que veut bien le dire Me Peytel. Nous connaissons pour notre part plusieurs circonstances analogues. En tous cas, sa donnée, telle qu'elle est formulée plus haut, est incomplète. La lanterne n'est pas éclairée. Un médecin soigne à domicile un blessé du travail ultérieurement hospitalisé, et il continue à le soigner à l'hôpital, dont il n'est pas médecin, mais avec l'assentiment du médecin de l'établissement. A-t-il le droit de réclamer des honoraires ?

Nous demanderons d'abord *à qui* il songe à s'adresser pour cette réclamation. Au blessé ? A l'ayant droit de celui-ci, le patron ou le chef d'entreprise ? A la Commission administrative de l'hôpital ? Mais alors, nous demanderons secondairement dans quelles conditions ce médecin a été amené à soigner ce blessé à l'hôpital. A-t-il été appelé par l'administration hospitalière ? Par le médecin de l'hôpital ? A-t-il obtenu l'autorisation administrative de visiter régulièrement le blessé hospitalisé, à la requête de celui-ci ou de son patron ? Ou bien encore, est-ce lui, médecin, qui, dans un but d'intérêt scientifique, ou bien parce que, ignorant la loi et les règlements, il pensait pouvoir être honoré, a demandé et obtenu l'autorisation de continuer ses soins à son client hospitalisé ?

Autant de points particuliers qu'il aurait d'abord fallu mettre en lumière avant d'examiner les solutions que chacun d'eux comporte. C'est ce que nous allons faire désormais.

1° Un médecin étranger à l'hôpital est appelé par la *commission administrative* à visiter, à soigner, à opérer un ou des blessés hospitalisés. Dans ce cas, il ne saurait y avoir de discussion possible. La commission se trouve dans la situation d'un particulier qui a recours à un médecin. Elle doit honorer le praticien ainsi mis en œuvre par elle.

2° Un médecin étranger à un hôpital est appelé par *son confrère, médecin de l'établissement*, à y opérer un malade ou à y pratiquer une radiographie : nous en connaissons un exemple. Dans ce cas, il y a davantage matière à discussion. On peut considérer, sans doute, le médecin de l'hôpital comme le *negotiorum gestor*, substitué à l'administration responsable. Il faudrait toutefois savoir quelles sont les conventions passées entre la commission et son ou ses médecins, et dans quelle mesure ceux-ci peuvent être ou se croire autorisés à prendre certaines initiatives. Supposons par exemple que le médecin de l'hôpital soit, ainsi que nous en avons connu, en même temps maire de la commune, et par conséquent président de la commission administrative : il n'est pas douteux, là encore, que la commission se trouverait nettement engagée vis-à-vis du confrère étranger appelé par le maire-médecin. Quoi qu'il en soit, le confrère étranger serait toujours fondé à réclamer à l'hôpital les honoraires de ses interventions, mais s'il était dans l'obligation d'intenter un procès, il faudrait qu'il actionne conjointement et solidairement, et la commission hospitalière et le médecin de l'hôpital qui l'aurait mis en œuvre.

3° Un médecin étranger à un hôpital est *autorisé* à y soigner un blessé du travail, *à la de-*

mande de celui-ci ou de son chef d'entreprise. C'est une convention passée entre deux parties parfaitement libres de contracter, et les honoraires du médecin sont dus par le blessé ou par le patron qui l'ont appelé.

4° Enfin, *c'est le médecin lui-même qui sollicite l'autorisation* de continuer ses soins au blessé d'abord soigné à domicile, puis transporté à l'hôpital. En ce cas, il n'a rien à réclamer, ou du moins, s'il réclame, et qu'il y ait contestation, il peut être assuré que sa réclamation ne sera pas admise par les tribunaux.

Voilà, cette fois, pensons-nous, la lanterne bien éclairée. Nous pouvons maintenant examiner la solution proposée par Me Peytel, à savoir : « que la commission hospitalière prélève sur le *tout compris*, payé par le patron pour son ouvrier blessé, la part correspondant aux frais médicaux, afin de les verser au médecin étranger à l'hôpital. En d'autres termes, l'hôpital conserverait pour lui les frais d'entretien et les dépenses pharmaceutiques et allouerait au médecin étranger la part qu'il conviendrait de lui abandonner. »

Ce mode de règlement est en fait amiablement acceptable, si les parties en présence sont d'accord pour s'y rallier. Cependant, il ne faut pas oublier que les dépenses engagées par l'administration de l'hôpital doivent être approuvées par le préfet. Or il n'est pas du tout démontré qu'un préfet donnerait sans difficulté son approbation à ce règlement. Nous connaissons un cas analogue, dans lequel le préfet a refusé d'approuver une convention passée entre un hôpital et son médecin, et aux termes de laquelle le médecin devait recevoir une indemnité de 0,50 par journée d'hospitalisation des blessés du travail. Il n'a consenti, un an plus tard, à accepter la dépense, qu'à la condition qu'elle figure dans le budget au titre de *gratification* au médecin de service.

On voit combien toutes ces matières sont complexes, et avec quel soin il faut les examiner, afin d'arriver, en toutes circonstances, à la solution aussi exacte que possible des différents aspects qu'elles peuvent revêtir.

Ces matières, nous les manions, nous les triturons, nous en discutons journellement, au « Sou médical ». C'est le « Sou Médical » qui a obtenu le fameux jugement de la Loupe, qu'un arrêt de Cassation a purement et simplement confirmé. Rien d'étonnant que nous ayons acquis une certaine expérience, que nous mettons d'ailleurs très volontiers au service de nos confrères, par les articles et la jurisprudence publiés dans le *Concours.*

Nous sommes convaincus que Me Peytel sera le premier à reconnaître que les critiques que nous nous permettons de formuler à l'encontre de ses opinions ont quelque fondement, et qu'il peut en faire utilement état, même quand il s'abstient de citer le nom du journal qui les publie. Et à ce propos, nous osons lui demander : Craindrait-il, par hasard, en écrivant le nom du *Concours médical,* d'écorcher son papier ou de briser sa plume ? G. DUCHESNE.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les errements des Sociétés de secours mutuels

Par M. A. WEBER. (*Suite.*)

LES RESSOURCES NORMALES DE LA MUTUALITÉ.

Les ressources régulières de la Mutualité. — Quel est l'effort correspondant fait, en retour, par les membres participants ? Quelle est, en un mot, la part de la Mutualité... dans la Mutualité ? C'est ce que nous allons examiner maintenant.

D'après le dernier Rapport publié, les Sociétés approuvées ont dépensé en 1910, pour leurs divers services, 52.394. 718 francs (1).

Pour couvrir ces dépenses, elles disposent normalement de deux sortes de ressources : 1° les ressources aléatoires et extra-mutualistes que nous venons d'énumérer, 2° les recettes ordinaires ou régulières.

Les recettes ordinaires ou régulières sont composées des cotisations et des droits d'admission des membres participants. Ce sont elles qui constituent la vraie mesure de l'effort personnel des mutualistes : c'est son expression en deniers.

Les cotisations des membres participants. — Le montant des cotisations versées en 1910 par les membres participants des Sociétés approuvées s'élève à 39.363,515 francs (2), *c'est-à-dire* 12.031.203 *francs de moins que le montant des dépenses.*

Ainsi s'affirme déjà ce fait que nous observons sans cesse : les mutualistes français n'ont aucune notion sur la proportion qui doit toujours exister entre le résultat à obtenir et l'effort à faire. Ils n'ont pas conscience qu'ils doivent régler leurs versements sur leur ambition et proportionner leur cotisation aux risques à garantir et à l'indemnité à toucher.

Ils s'empressent à la vie amicale, à la vie de réunion, de relation et de propagande, de leur Société, mais leur bonne volonté fléchit quand ils doivent quitter ce terrain agréable pour fournir l'effort sévère que requiert la prévoyance et surtout pour y persévérer.

L'argent, cependant, qui est le nerf de la guerre, est aussi celui de la Mutualité. Ce n'est pas avec rien — ou avec si peu — que l'on assurera les divers services attendus.

(1) Voir Rapport pour 1910, page 434.
(2) Rapport pour 1910, page 433.

Notons d'ailleurs, en passant, que c'est dans le groupe le plus encouragé qu'on constate le moindre effort personnel des participants. Dans les Sociétés libres, en effet, qui ne reçoivent pas la manne de l'Etat, les adultes ont versé, en 1910, 17 fr. 94 (1) par membre participant : l'*encouragement donné aux Sociétés approuvées, loin de stimuler leurs membres, semble donc avoir pour conséquence de diminuer leur effort.*

Pour faire œuvre vraiment utile, il faudrait, comme le déclarait si nettement M. CHEYSSON (2), que la cotisation des membres participants s'élevât au triple de ce qu'elle est ; dans les grandes Sociétés anglaises, par exemple, les « Ordres » — où cependant la retraite est laissée de côté — la moyenne de la cotisation est de 1 liv. 12 sh., soit 39 fr. (3). Mais loin de se rendre compte de la nécessité d'un effort plus grand, la majeure partie des membres des Sociétés de Secours trouvent que celui qu'on leur demande est déjà exagéré et se considéreraient comme lésés si on songeait à l'augmenter.

C'est donc bien justement que M. MABILLEAU a pu s'écrier : « Le plus grand défaut dont souffre « la Mutualité est l'insuffisance des cotisations.... « Il faut, de toute nécessité, trouver des sources « nouvelles pour augmenter les revenus fixes et « certains de la Société » (4).

A cette insuffisance, il y a évidemment une raison fondamentale, et c'est, comme on le lit dans les Actes du 2e Congrès international de « la Mutualité un état d'âme spécial créant des « situations qui mettent en danger la dignité « même des travailleurs » (5) et poussent le mutualiste à tendre la main trop facilement.

Est-il, au moins, permis d'espérer un relèvement de taux de la cotisation sans apporter une modification profonde dans les méthodes actuellement employées ? Certainement non. Le montant moyen de la cotisation par sociétaire participant dans les Sociétés approuvées est, en effet, passé successivement de 14 fr. 15 en 1896 à 13 fr. 59 en 1899, à 13 fr. 19 en 1902 et enfin à 12 fr. 40 en 1910.

On conçoit, dès lors, que les cotisations, ressource fondamentale des Sociétés, qui correspondaient à 62,77 % de la totalité des recettes en 1896, ne correspondent plus qu'à 59,33 % en 1910.

Quelles que soient les causes de la pénurie des cotisations, il a été impossible, jusqu'ici, de lui trouver un remède pratique. N'a-t-on pas vu, par exemple, le président d'une des plus fortes Caisses de Réassurance de France déclarer :

« Vous constaterez aisément que sans les res-« sources extraordinaires, notre caisse ne suffi-« rait pas à ses engagements. Malgré tous mes « efforts, je n'ai pu arriver à obtenir que les quoti-« tés mensuelles soient augmentées de 5 centi-« mes, ce qui nous permettrait d'établir la péré-« quation entre les recettes et les dépenses ordi-« naires et d'affecter à l'extension des secours « les intérêts des ressources extraordinaires » (1).

Et pourtant si modestes qu'elles soient, elles n'arrivent qu'avec peine à la Société . « Si l'on « interroge, écrit M. DE CONTENSON (2), les « trésoriers des Sociétés de Secours Mutuels, c'est « toujours le même refrain sur la difficulté du re-« couvrement des cotisations. Quand, dans une « grande ville, par exemple, une Société de Se-« cours Mutuels comprend seulement une cen-« taine de membres appartenant à des métiers « différents, et, par conséquent, inconnus les « uns des autres, quand même ils habitent le « même quartier, on ne saurait imaginer la diffi-« culté qu'il y a à faire rentrer, en fin de mois ou « de trimestre, la somme convenue. Il y a des « trésoriers qui y passent la moitié de leurs jour-« nées ou de leurs soirées ».

Tous ceux qui dirigent la Mutualité ou lui prodiguent leur sollicitude sont justement effrayés de cet état de choses ; mais, à la vérité, nous ne les voyons pas faire de bien réels efforts pour contraindre les participants à des sacrifices personnels plus grands et proportionnés à leurs ambitions.

Les subventions de l'Etat et l'espérance d'un concours beaucoup plus large encore — avivée par des promesses intéressées ou par les vœux retentissants des Congrès triennaux de la Mutualité — ont donc bien, comme le dit M. LÉPINE, développé chez les mutualistes l'« esprit de mendicité légale » (3).

Droits d'admission. — A côté de la cotisation, il existe un autre revenu régulier : le Droit d'Admission ou d'Entrée des nouveaux membres participants. Il n'est payé qu'une seule fois par les adhérents au moment de leur affiliation. Il apparaît pour une partie insignifiante dans le budget des Sociétés où il compte, en 1910, pour 1,09 % des recettes générales (4) et s'élève au total à 723.525 francs. Il s'abaisse d'ailleurs progressivement et subit, lui aussi, cette loi de décadence qui s'attache dans la Mutualité à tout

(1) Voir Rapport pour 1908, page 439.
(2) Discours du 9 juin 1900 au Congrès International de la Mutualité.
(3) Rapport pour l'Ec. soc. du Jury Inter. de l'Exp. de 1900, p. 211.
(4) Voir « La Mutualité Française », L. MABILLEAU page 127.
(5) Cf. Actes du 2e Congrès International de la Mutualité, page 199.

(1) *Ibid.*
(2) Syndicats, Mutualités, Retraites », Ludovic de CONTENSON.
(3) Cf. « La Mutualité », F. LÉPINE, Armand Collin, 1903.
(4) Voir Rapport pour 1910, page 433.

ce qui marque l'effort des participants. Sa moyenne, qui était en 1894 de 4 fr. 65, est tombée successivement à 3 f. 67 en 1899, à 2 fr. 62 en 1902 et à 2 fr. 39 en 1908 (1).

Encore et continuellement la même chose : beaucoup attendre de l'œuvre, mais faire le moins possible pour sa prospérité matérielle, telle est la mentalité que nous observons à chaque pas chez les mutualistes.

Insuffisance des droits d'entrée. — Ces droits d'entrée sont d'autant plus insuffisants qu'ils devraient servir à égaliser les charges, autrement dit qu'ils devraient être pour le nouvel arrivant, suivant son âge, la rançon de son entrée tardive dans un groupement déjà doté et outillé par ses prédécesseurs.

Or, les droits d'entrée — de même que les cotisations — sont, dans la majeure partie de nos Sociétés, fixés d'une façon tout arbitraire et sans qu'il soit tenu compte de l'importance des risques qu'elles prétendent garantir. Plus la probabilité de maladie ou de mort augmente, proportionnellement à l'âge, plus les primes à payer devraient être élevées. Et cependant, les Sociétés, méconnaissant une règle aussi élémentaire, demandent le plus souvent des cotisations uniformes à tous leurs sociétaires ! C'est là un vice organique d'une réelle gravité.

On aurait pu corriger quelque peu cette imprévoyance en proportionnant les droits d'entrée à l'âge d'admission. La prime annuelle de l'âge d'admission étant arrêtée d'après les charges qu'impose un sociétaire à longue carrière, les Sociétés requerraient de leurs nouveaux adhérents d'âge plus avancé, par exemple un droit d'entrée égal à la réserve qui aurait été constituée à leur nom s'ils s'étaient affiliés aussitôt qu'il était possible (2). Quelques groupements le font, mais la plupart, en renonçant à cette exigence, préparent leur ruine et incitent à la désertion une partie de leurs effectifs.

Estimant que ce rachat de la différence entre la prime mathématique correspondant à l'âge d'admission et la prime uniforme exigible de tous les assurés — qui, en principe, est la raison d'être du droit d'entrée — serait trop lourd pour le travailleur tard venu, on a transformé en un simple don de bienvenue ce versement initial, qui devrait être rigoureusement calculé. Les jeunes alors, ne voulant pas payer illogiquement pour leurs aînés, se mettent à constituer de nouvelles Sociétés — et c'est là encore une cause d'éparpillement.

Absence de bases scientifiques. — On constate ainsi, d'une façon particulièrement évidente, au sujet des droits d'entrée, cette absence de toute base scientifique qui s'observe de toutes parts dans la Mutualité : on a totalement oublié qu'elle doit être organisée non pas d'après les caprices des circonstances, mais en suivant les lois de la Science économique et en respectant les indications de la statistique.

On ne s'est occupé ni de l'homogénéité de la clientèle, ni de la spécialisation des cotisations, ni de la proportionnalité entre la cotisation exigée et la fréquence du sinistre prévu, ni de la proportionnalité entre la cotisation et la grandeur des sinistres à couvrir éventuellement, ni de la fixation rationnelle, pour chaque groupement homogène, du montant des primes d'après les Tables statistiques de morbidité, ni de la surveillance continuelle de la marche de l'Institution par l'établissement d'inventaires périodiques précisant constamment les réserves constituées pour chaque genre d'assurance, etc.

Bref, cette Institution immense ne satisfait aucune des obligations que la Loi impose très justement aux moindres Entreprises privées d'assurances, d'Epargne ou de Capitalisation

Résumé et Conclusion. — Résumons-nous : le total des cotisations et des droits d'entrée dans les Sociétés approuvées, en 1910, atteint 40.087.040 francs ; les dépenses s'élevant, comme nous l'avons vu, à 52.394.178 francs, il en résulte que la *Mutualité, réduite à ses propres forces, se serait trouvée en perte de* 12 *millions pour l'exercice envisagé.*

Que conclure de ce lamentable état de choses sinon que les prévoyants français, quelque peu hallucinés par le beau mot de Mutualité, n'ont pas une conception nette de la chose. Ils la considèrent comme une panacée capable de procurer les résultats les plus brillants au moyen de sacrifices infimes. Ils ne se demandent point par quel mystérieux sortilège un pareil résultat pourrait s'obtenir et seraient stupéfaits si on leur montrait l'inanité de semblables espérances. Peut-être même que, mis en présence des réalités — si belles soient-elles — qu'on est rationnellement en droit d'attendre de la puissance du groupement, ils se désaffectionneraient de l'idée mutualiste à dater du jour où ils cesseraient de la voir au travers de leurs illusions. La réalité n'est jamais aussi prenante que la chimère — et nous savons que la masse, qui suit aveuglément celle-ci, se désintéresse trop souvent de celle-là

Quoi qu'il en soit, il est acquis que le mutualiste français n'a pas la fierté d'être l'artisan unique de sa propre sécurité. Il ne donne qu'avec difficulté sa part d'effort dans l'Œuvre qu'il considère comme une sorte d'assistance qui lui serait due. Voilà pourquoi nous le voyons chercher l'argent nécessaire au budget de ses groupe-

(1) Rapport pour 1908, page 24.

(2) Voir Rapport pour l'Économie sociale du Jury international de l'Exposition de 1889. Second fascicule, page 374.

ments non pas dans sa poche, mais à côté de lui dans les secours de l'Etat et dans les aides charitables.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

La création du diplôme de docteur en chirurgie.

Cette création, qui constitue l'énormité inacceptable du projet de loi Deloncle dont nous avons publié et commenté les articles essentiels dans notre numéro 14, page 954, a provoqué dans les milieux médicaux de véhémentes protestations.

Au Syndicat des médecins du Rhône, M. le Dr Caillon, médecin stomatologiste, a présenté sur cette question un très intéressant rapport dont voici les conclusions, très légitimes et très sensées :

Le principe de l'unité du doctorat en médecine a toujours été au premier rang des revendications de tout le corps médical français.

La création inopportune et superflue du titre de docteur en chirurgie dentaire créerait une confusion regrettable pour tous et nettement préjudiciable au public. Il est indispensable que le malade ne soit pas trompé sur la valeur scientifique du praticien dans lequel il met sa confiance et puisse le choisir en parfaite connaissance de cause.

Le diplôme de docteur en médecine ne saurait être limitatif au point de vue de la faculté d'exercice.

Les rapporteurs de la loi de 1892 *sur l'exercice de la médecine ont toujours considéré le diplôme de chirurgien-dentiste comme une création provisoire et « dans le sein de la Commission des études médicales* (1907-1908) *les membres de cette commission ont été d'avis que l'enseignement de l'art dentaire devrait être logiquement une partie intégrante de l'enseignement des Facultés de médecine — beaucoup estimaient qu'il faudrait exiger de tous les dentistes le diplôme de docteur en médecine — » et considéraient seulement les nouvelles réformes des études dentaires comme une étape vers les études plus complètes du doctorat en médecine.*

En conséquence, la commission de déontologie du syndicat des médecins du Rhône a décidé et vous propose :

1° *De protester contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire ou de tout diplôme spécial autre que celui de docteur en médecine* ;

2° *D'insister sur ce fait que la loi de* 1892 *et les décrets de* 1909 *n'ont établi qu'un régime provisoire, et que le moment est venu de marquer une limite à la durée de ce régime provisoire* ;

3° *Nul ne peut pratiquer l'exercice de l'art dentaire s'il n'est muni d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine* ;

4° *La stomatologie sera classée parmi les spécialités ayant un enseignement clinique et un stage obligatoire*.

II

Circulaire du Directeur de l'Assistance publique parisienne sur la rédaction des ordonnances médicales

Aux termes d'une ordonnance en date du 29 octobre 1846, dont les dispositions ont été rappelées par la circulaire ministérielle du 12 mars 1881, les ordonnances contenant des substances vénéneuses doivent être signées, datées et énoncer en *toutes lettres* les doses des dites substances ainsi que le mode d'administration du médicament.

Je n'ai pas à rappeler les raisons majeures qui ont motivé ces dispositions et il semblerait que la plus élémentaire prudence dût assurer leur observation.

Or, il m'a été signalé de différents côtés, par la Chambre syndicale des Pharmaciens de la Seine notamment, que très souvent, il était délivré par les médecins attachés au service de l'Assistance publique des ordonnances médicales sur lesquelles les doses des médicaments toxiques sont formulées, non pas en lettres, mais en chiffres.

Des procès récents, toujours suivis de condamnations, ont montré que les magistrats estiment que les pharmaciens doivent, en toutes circonstances, se conformer non seulement à l'esprit, mais à la lettre de l'ordonnance de 1846. Il n'existe, d'autre part, aucune différence entre l'exercice de la pharmacie dans les établissements de l'Assistance publique — dispensaires et hôpitaux — et l'exercice de la pharmacie en ville et nos pharmaciens ont, comme les pharmaciens de ville, le devoir de se conformer strictement aux prescriptions légales.

Il importe donc que les dispositions réglementaires édictées par l'ordonnance de 1846 soient appliquées rigoureusement dans les différents services médicaux de l'Assistance publique.

Je vous prie, en conséquence, d'appeler l'attention de MM. les Médecins du Service de l'Assistance médicale de votre arrondissement sur la nécessité absolue qu'il y a pour eux de se conformer scrupuleusement aux dispositions, rappelées ci-dessus, de l'ordonnance du 29 octobre 1846, leur inobservation devant avoir pour conséquence de mettre le pharmacien dans l'obligation de ne pas exécuter les ordonnances qui ne seraient pas formulées conformément aux prescriptions légales. Ces ordonnances devront donc être datées, signées ; elles devront énoncer en toutes lettres la dose des substances toxiques et porter

l'indication du mode d'administration du médicament.

Vous voudrez bien, d'autre part, donner communication de la présente lettre à MM. les pharmaciens des dispensaires de votre arrondissement et les inviter à rappeler aux élèves placés sous leur autorité les dispositions de l'ordonnance de 1846.

Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

G. MESUREUR.

III

La question des antiseptiques et les sages-femmes (1).

A maintes reprises nous avons eu l'occasion de parler des droits légaux des sages-femmes, droits bien minimes, comme chacun sait, encore qu'ils soient assez mal délimités par les lois et règlements en vigueur.

Or, voici qu'une modification va se produire dans les conditions actuelles d'exercice de la profession. En effet, dans sa séance du 25 novembre 1913, l'Académie de Médecine, au cours de la discussion du rapport de M. Lucet sur un projet de décret de réglementation du commerce des subtances vénéneuses, a adopté la suppression de l'article qui autorisait les sages-femmes à prescrire le sublimé corrosif et l'ergot de seigle.

Cette suppression a été appuyée par M. le Pr Pinard, en son nom et en celui de MM. Ribemont-Dessaignes, Champetier de Ribes et Bar. « Actuellement, a-t-il dit, l'emploi du seigle ergoté est abandonné à juste titre dans la pratique obstétricale, et il est reconnu que le sublimé corrosif est un antiseptique très dangereux qui a causé de nombreuses intoxications mortelles. D'autres antiseptiques peuvent et doivent lui être substitués. »

Ainsi les sages-femmes ne pourront plus prescrire le sublimé et l'ergot de seigle, car il est bien certain que les conclusions de l'Académie de Médecine seront prochainement confirmées par un décret ministériel. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette mesure, car ici même nous avons maintes fois signalé les dangers du sublimé. Rappelons en particulier l'article du Dr Boissard, paru dans le numéro de décembre 1912.

La mesure est donc excellente ; mais ce sont ses suites qu'on ne saurait envisager sans une certaine inquiétude. Le sublimé supprimé, que vont faire les sages-femmes ? Par quoi le remplaceront-elles ? En se plaçant au point de vue strictement légal, elles n'ont le droit de rien prescrire. Théoriquement, elles ne pourraient donc plus, semble-t-il, faire d'antisepsie ; ce serait peut-être le retour à l'infection puerpérale.

On objectera à cela que les sages-femmes peuvent toujours faire de l'asepsie, et utiliser de l'eau bouillie. A première vue, c'est une solution séduisante ; mais, en pratique, elle n'a aucune valeur.

Dans les grandes villes et lorsqu'on s'adresse à une clientèle aisée, l'emploi de l'eau bouillie est possible, car la cliente elle-même prépare cette eau en prévision de son accouchement, et les moyens ne manquent pas d'autre part pour s'en procurer. Mais si l'on a affaire à la clientèle ouvrière, et plus encore à celle du Bureau de bienfaisance, ou bien encore dans les campagnes, il est loin d'en être de même. Rien n'est prêt pour l'accouchement, lorsque la sage-femme est appelée, presque toujours au dernier moment, et celle-ci ne dispose trop fréquemment d'aucun moyen de se procurer de l'eau bouillie réellement irréprochable. Dans de telles conditions, il faut le reconnaître, la stérilisation de l'eau est bien souvent, pour ne pas dire toujours, aléatoire, quand elle n'est pas tout à fait illusoire.

Le sublimé, malgré ses défauts, malgré ses dangers, est un antiseptique ; il est indéniable que, depuis de nombreuses années, il a rendu des services appréciables. Avant de le supprimer, il eût été prudent de le remplacer par d'autres antiseptiques nettement indiqués ; de dire, en un mot, aux sages-femmes, comment elles devront agir, pour être en règle à la fois avec la loi et avec leur désir de bien faire.

Sans doute, en pratique, elles auront recours aux autres antiseptiques qui sont à leur disposition. C'est assurément la meilleure solution à leur indiquer, faute d'instructions précises ; et nous sommes convaincu qu'on ne saurait les blâmer de prendre cette initiative.

Certes, on nous promet pour une époque prochaine le statut des sages-femmes, que nous attendons et réclamons depuis longtemps. M. le Pr Pinard a ajouté, à l'Académie de Médecine :

« Nous saisissons cette occasion pour dire à l'Académie que nous lui demanderons, prochainement, de vouloir bien codifier le statut des sages-femmes. A l'heure actuelle, leur système d'action est aussi peu précisé que possible, et il nous paraît urgent de définir nettement leurs droits et leurs devoirs. »

Souhaitons que la réalisation de ces paroles ne se fasse pas attendre longtemps, et que le résultat soit conforme à nos désirs. Mais n'eût-il pas été plus sage, avant de démolir, de savoir ce qui remplacerait les prescriptions défuntes, et cela dans l'intérêt supérieur de la santé des parturientes, pour lesquelles nous avons droit de redouter la période d'hésitation qui suivra la pro-

(1) *Revue professionnelle des sages-femmes.*

mulgation du décret supprimant l'ergot de seigle et le sublimé de la pratique des sages-femmes.

Dr Hubert LEGRAND.

Comme suite à cet article dont on ne peut qu'approuver en toute impartialité, les conclusions sensées, il nous paraît intéressant de publier le tarif minimum adopté par le syndicat des sages-femmes du Loiret, qui consacre un relèvement important de leurs honoraires.

A. Classe ouvrière.
B. Classe moyenne.
C. Classe riche.

	A	B	C
1° Accouchement normal, le jour, avec surveillance de 8 h. et soins pendant les 8 jours suivants, plus un examen pendant la grossesse	25	50	100
2° Même cas, mais de 10 heures du soir à 6 heures du matin	30	55	100
3° Temps supplémentaire de jour ou de nuit	5	10	20
4° Visites supplémentaires	2	2	3
— — avec soins	2	3	5
Urgence : Hémorragie et délivrance artificielle. En plus	20	30	40
Urgence : Tamponnement. En plus	10	15	20
Urgence : Extraction de siège. En plus	10	15	20
Urgence : Version. En plus	10	20	50
Accouchement gémellaire, même avec extraction manuelle pour le second	le double		15
Fausse couche et soins pendant 8 jours	25	40	100
Dérangement de nuit chez une cliente	5	5	5
— — chez une non-cliente	5	5	10
— quand deux collègues sont appelées ensemble	5	5	10
Visites avec soins pour les enfants ou vaccination	2	3	5
Tarif des consultations	2	3	5

Nous soulignons énergiquement l'indication *Urgence*, car il n'y a en effet que l'urgence absolue qui puisse être pour la sage-femme une excuse, disons même une justification, de pratiquer des interventions qui ne doivent être effectuées, aux termes mêmes de la loi, que par le médecin.

LÉGISLATION MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

Réglementation du commerce des substances vénéneuses.

Dans la séance du 24 février, l'Académie a voté les modifications suivantes au projet de décret réglementant le commerce des substances vénéneuses, et que nous reproduisons ici d'après le *Bulletin médical* du 4 mars 1914 :

1° Ajouter à l'article 3, qui réglemente le commerce général des substances vénéneuses, un paragraphe 6 *bis* ainsi conçu :

« La vente et la livraison des dites substances (du tableau A) en exécution des prescriptions médicales ou vétérinaires sont régies par l'article 20 du présent décret. »

2° L'article 5 du projet est remplacé par celui-ci :

« Sont interdites la vente et la mise en vente, sous forme de pastilles, comprimés, ou sous toutes autres formes analogues, des produits contenant des substances vénéneuses du tableau A. »

Cette modification a pour but d'enlever aux toxicomanes la faculté de se procurer, à l'aide de comprimés, les poisons dont ils abusent.

3° Pour permettre de contrôler, dans un établissement donné, l'entrée ou la sortie d'une quantité quelconque d'un produit toxique déterminé au deuxième paragraphe de l'article 6 il sera dit :

« Elles — (les inscriptions) — doivent porter, en outre, un numéro d'ordre qui s'appliquera à tous les produits d'une même livraison. »

4° L'article 12 avait été renvoyé à la Commission pour lui permettre d'examiner une protestation relative à la réglementation projetée du commerce de la pâte phosphorée ; mais la Commission ayant décidé qu'il n'y a aucune modification à apporter à cet article, il a été adopté.

5° Le mot « poison » sera remplacé par « toxique » dans le quatrième paragraphe de l'article 20. Ce paragraphe sera alors ainsi conçu :

« Les pharmaciens doivent apposer sur le récipient contenant le médicament délivré par eux une étiquette indiquant, avec leur nom et leur adresse, le numéro d'ordre sous lequel l'ordonnance est inscrite sur le registre précité. Cette étiquette sera de couleur rouge-orangé et portera la mention « *Toxique* » lorsque la substance du tableau A sera délivrée en nature. »

6° Le premier paragraphe de l'article 30 sera ainsi libellé :

« Les substances du tableau B ne peuvent être délivrées :

« Pour l'usage de la médecine humaine, que par les pharmaciens ou les médecins autorisés par les lois en vigueur à fournir des médicaments à leurs malades ;

« Pour l'usage de la médecine vétérinaire, que par les médecins ou les vétérinaires. »

7° Au second paragraphe de l'article 20, il sera dit :

« Les personnes qui viennent d'être désignées ne peuvent délivrer les médicaments contenant des substances du tableau B qu'après les avoir munis d'une étiquette portant, avec leur nom et leur adresse, le nom de ces substances et un numéro de référence au registre mentionné à l'article 20. »

L'Académie a ensuite émis une série de vœux. Le premier est relatif au commerce des spécialités. Il est ainsi conçu :

« L'Académie de médecine,

« Considérant qu'un grand nombre de spécialités pharmaceutiques sont, en réalité, des médicaments que, sans en connaître la composition, le médecin ordonne et que le pharmacien délivre souvent même sans ordonnance ; que leur désignation n'a aucun rapport avec leur composition et que leur vente constitue aujourd'hui non seulement un véritable abus, mais encore un réel danger ;

« Emet le vœu :

« Qu'une réglementation du commerce de ces produits intervienne pour sauvegarder les intérêts de la santé publique et oblige leurs auteurs à en donner la formule intégrale ».

Le deuxième vœu concerne les *fausses ordonnances* ; il est ainsi libellé :

« L'Académie de médecine,

« Considérant que la législation actuelle ne permet pas d'intervenir efficacement contre ceux qui établissent, délivrent ou utilisent de fausses ordonnances,

« Emet le vœu :

« Que les Pouvoirs publics recherchent, de concert avec le corps médical, les moyens de mettre fin à cette industrie préjudiciable à la santé publique. »

Un dernier vœu concerne les tableaux A et B ; le voici :

« L'Académie de médecine,

« Considérant qu'il y a tout intérêt à ce que les produits visés aux tableaux A et B du projet de décret réglementant le commerce des substances vénéneuses soient dénommées et classées comme ils le sont au Codex,

« Emet le vœu :

« Que les tableaux A et B dudit projet y soient établis conformément. »

L'HYGIÈNE DU SOLDAT

Le Dr Lachaud, député, qui, dernièrement, a pris dans la discussion sur l'état sanitaire de l'armée à la Chambre des députés une part si active, a fait dans les *Droits de l'homme* une intéressante critique de la manière inhabile appliquée à l'entraînement des jeunes soldats. Les critiques de notre confrère sont si logiques et dénotent une observation si judicieuse que nous croyons intéressant de les reproduire ici :

« La caserne, comme je l'ai démontré, écrit le Dr Lachaud, est pour beaucoup dans l'étiologie de la maladie, mais les instructeurs ont bien, eux aussi, une grande part dans les responsabilités encourues.

« Il est vraiment déplorable qu'il soit encore possible de constater que, dans notre armée, ceux qui sont chargés de l'instruction des recrues connaissent si imparfaitement la machine humaine qu'ils ont à conduire. On paraît trop oublier qu'entraîner veut dire : préparer, fortifier et maintenir en bonne santé.

« Au lieu de cela, on épuise la plupart de nos soldats par des efforts continus et progressifs, qui ne peuvent être supportés que par ceux qui ont, à l'avance, pris, dans nos sociétés de gymnastique, la robustesse que donne l'éducation physique.

« Ils sont rares, les conducteurs d'hommes qui savent prendre le pouls de leur régiment et sentir le moment précis où il faut ordonner le repos salutaire qui empêchera la débâcle.

« Il est, en effet, contraire aux règles les plus élémentaires de l'hygiène de faire, en temps de paix et par le mauvais temps, courir des gens pour les faire coucher ensuite dans la boue ou dans la neige, afin d'exécuter un simulacre de tir.

« Si nous avons eu à constater un si grand nombre de pneumonies, de pleurésies, de broncho-pneumonies mortelles, l'origine de ces maladies graves doit être plutôt attribué à l'entraînement, tel qu'il a été exécuté ces temps-ci.

« Il y a longtemps que l'on condamne le port du sac, nuisible à la santé des soldats, on a cherché à le modifier, ce peu commode vestiaire, à l'améliorer, mais, somme toute, on n'est jamais parvenu à le transformer. Il existe toujours, avec ses dangers, qui sont légion ; placé, en effet, sur les omoplates, plein ou vide, le sac forme un emplâtre qui tient toute la partie dorsale de la poitrine. Quand un homme a porté le sac pendant une marche de trois heures, sa place reste marquée sur la capote par une humidité relativement grande. Les muscles du dos sont congestionnés, la peau du thorax est couverte de sueur. Si l'homme, à la grande halte ou à un moment de repos, enlève ce sac pour se délasser,

il s'arrache à la carapace protectrice, et, comme il est bouillant, il prend naturellement froid ; il éprouve, en rentrant à la caserne, les premiers symptômes d'une affections des voies respiratoires.

« C'est là une des causes principales des nombreuses pneumonies mortelles que nous déplorons tous.

« Est-ce à dire pour cela qu'il faille conclure à la suppression du sac ? Evidemment non. Mais il faudrait que pendant l'hiver, par les froids rigoureux, alors que le port du sac est mortel, il soit simplement supprimé. Les médecins ont souvent conseillé des mesures de prudence, mais, il faut le dire, leurs conseils sont trop souvent méconnus ».

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Le cumul

Parmi les très nombreuses lettres que nous ont valu la publication des « conclusions sur le cumul » de Diverneresse, nous en détachons deux, qui indiquent combien les travaux de notre collaborateur sont appréciés de nos confrères et combien il est utile, malgré *certains avis contraires*, de lui voir continuer cette lutte sans merci.

Monsieur le Dr Diverneresse,
au *Concours médical*
132, rue du Faubourg-St-Denis, Paris.

Mon cher Confrère,

J'ai lu avec plaisir votre dernier article du Concours médical *du dimanche* 29 *mars.*

Vous continuez avec un esprit remarquable et une énergie qui ne s'est pas démentie un seul moment votre lutte contre les compagnies d'assurances et vous devez en être hautement félicité.

A propos de cette question du cumul, j'ai, moi aussi, imbu de vos idées, *gagné un procès à Montpellier l'année dernière.*

Comme votre article n'en fait pas état, je me suis permis de vous l'adresser, dans le cas où il pourrait vous intéresser.

Encore une fois toutes mes félicitations les plus vives et les plus confraternelles.

Dr Vigouroux.
(Montpellier).

Justice de paix de Montpellier (13 mai 1913).

Attendu que, le principe de la demande formée par B. contre R. n'étant pas contesté, le tribunal n'a à statuer que sur le quantum en faisant l'application en l'espèce du tarif du 30 septembre 1905 ;

Attendu que le Dr Vigouroux qui a donné ses soins à B. compte trois consultations à 1 fr. 50 centimes l'une, soit 4 fr. 50 c. ;

Attendu que le prix réclamé pour ces consultations est exact et conforme aux prescriptions de l'article 2 du tarif du 30 septembre 1905, que la somme de 4 fr. 50 demandée pour le prix de ces consultations est donc exacte ;

Attendu que le docteur réclame également 2 francs pour certificat médical initial sommaire que cette somme représente bien celle qui est fixée à l'article 9 du dit tarif et ne saurait être modifiée ;

Attendu que le docteur Vigouroux réclame, en outre, la somme de 16 francs pour montant de 8 visites simples faites à B, les 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 et 25 juillet 1912, et en même temps la somme de 32 fr. pour pansement antiseptique complet fait aux mêmes dates et à raison de 4 francs par pansement conformément à l'art. 10 du tarif sus-indiqué ;

Attendu que l'article 10 du tarif du 30 septembre 1905 est clair, précis et formel, qu'il indique que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit en sus du prix de la consultation ou de la visite aux allocations spécifiées ci-après et qu'au paragraphe 7 dudit article il est indiqué que les pansements antiseptiques complets correspondent au prix de deux visites ou consultations ;

Attendu que devant la clarté de l'art. 10 dudit tarif, il n'y a pas lieu de l'interpréter mais simplement à en faire l'application ;

Attendu que c'est avec juste raison que le docteur réclame en sus du prix de la visite de 2 francs la somme de 4 francs pour chaque pansement antiseptique complet ;

Qu'ayant fait au domicile de B., et à ce dernier, 8 pansements antiseptiques complets, le docteur Vigouroux avait donc bien le droit de compter une première fois le prix de la visite et ensuite le prix du pansement ;

Attendu en conséquence que la note des soins médicaux donnés à B. par le docteur Vigouroux est parfaitement exacte et conforme au tarif du 30 septembre 1905, qu'il y a donc lieu de l'admettre dans son intégralité ;

Attendu par suite que l'offre faite par le sieur R, est insuffisante et non libératoire; qu'il y a lieu de la rejeter ;

Attendu que les dépens suivent le sort du principal ;

Par ces motifs

Le tribunal de paix

Jugeant publiquement, contraditcoirement et en dernier ressort :

Dit l'offre de 40 francs faite par le sieur R, insuffisante, la rejette ;

Quoi faisant, le condamne à payer au sieur B., la somme de 54 fr. 50, montant des soins médicaux donnés par le docteur Vigouroux à ce dernier ;

Le condamne en outre aux intérêts de droit, aux dépens liquidés à 2 fr. 15, aux frais, au coût de l'enregistrement du présent jugement de son expédition et signification, s'il y a lieu.

Ainsi jugé et publiquement prononcé dans une des salles de la justice de paix, rue Eugène-Lisbonne, nº 14, ancienne Faculté de droit, à Montpellier, le mardi 13 mai 1913, par M. André Gely, juge de paix au troisième canton de la ville de Montpellier, assisté de Me Charles Navas, greffier.

Le juge de paix. Signé : André GELY.

Le Greffier. Signé : Charles NAVAS.

En marge de la minute, on lit la relation suivante :

Enregistré gratis à Montpellier le 20 mai 1913, folio 90, Case 2.

Le receveur :
Signé : BRUGÈRE.

Pour copie certifiée conforme à la minute délivrée par le greffier de justice de paix soussigné :

Signé ; NAVAS.

II.

Mon cher confrère ,

Permettez-moi de vous signaler l'état de la question du cumul devant les juges de paix de Toulouse.

Les quatre juges de paix du canton de Toulouse interprétaient la question du cumul de manière différente les uns des autres. Ils ont eu le bon esprit de se réunir, de nommer un avocat, Me D., pour étudier la question au point de vue doctrinal, d'exposer la question et de conclure presque d'une manière arbitrale .

Le mémoire de l'avocat a été remis, et dans une nouvelle réunion, les juges ont nommé un de leurs collègues, M. S., juge de paix, pour rédiger les conclusions. Ainsi vont être établis les fondements de la jurisprudence toulousaine.

Je vous prierai d'envoyer tous documents utiles à M. S. afin d'éclairer ce magistrat. Cette utilité est d'autant plus pressante que ce magistrat était tout d'abord contre le cumul. Il avait rendu des jugements dans ce sens. Je crois toutefois que sa religion commence à se faire favorable au cumul.

C'est en mon nom personnel que je m'adresse à un confrère qui a mis toute son ardeur intelligente à la défense de la cause confraternelle.

Recevez, je vous prie, cher confrère, l'expression de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr SECHEYRON,
(Chirurgien de honoraire de l'Hôtel-Dieu.

III

Archives du « Sou Médical »

TRIBUNAL DE PAIX DU XIXe ARRONDISSEMENT DE PARIS

4 mars 1914.

Attendu que le Dr V. a fait assigner devant le tribunal M. et Cie à l'effet de les faire condamner à lui payer une somme de 203 fr. pour divers soins et traitements donnés par lui à leur ouvrier blessé L. ;

Attendu que M. et Cie reconnaissent bien que le Dr V. a soigné cet ouvrier, mais qu'ils soutiennent que sa note est exagérée par le motif qu'il compte en sus de l'allocation pour chaque massage le prix d'une consultation ;

Attendu que le Dr V. soutient de son côté que ce cumul est permis par l'article 10 de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905 qui a établi légalement les tarifs applicables aux soins médicaux et pharmaceutiques ;

Attendu que cet article 10, en effet, dispose que les soins médicaux et opérations de petite chirurgie donnent droit en sus du prix de la consultation et de la visite, aux allocations ci-après :

a) Allocation correspondant au prix d'une visite ou consultation.....7º séance de massage de la main ou du pied par le médecin traitant.

Que ces termes sont clairs et non ambigus et que la jurisprudence paraît presque unanime en faveur du droit de cumul, un jugement du Tribunal civil de Lyon rendu en sens contraire étant en ce moment l'objet d'un pourvoi non encore solutionné.

Attendu qu'il y a donc lieu d'allouer au Dr V. l'entier montant de sa demande.

Par ces motifs,

Statuant contradictoirement et en dernier ressort,

Condamne M. et Cie à payer au Dr V. la somme de 203 fr.

Les condamne en outre aux dépens.

Ce jugement est loin, nos lecteurs le savent, d'apporter une solution nouvelle de la question du cumul, sur laquelle la persévérance des Compagnies d'assurances dans leurs prétentions nous oblige de revenir sans cesse. Il ne fait qu'ajouter une unité nouvelle aux décisions favorables à notre thèse que nous avons maintes fois rapportées, et tout dernièrement dans les conclusions rédigées par le Dr Diverneresse et publiées dans le nº 13 du *Concours* de cette année, page 883.

Il a cependant un intérêt particulier ; c'est de répondre à l'argument nouveau que les Compagnies tirent d'un jugement qui a été effectivement rendu contre le cumul par le Tribunal civil de Lyon. Comme le fait remarquer fort bien le Juge de paix du XIXe arrondissement, cette décision fait actuellement l'objet d'un pourvoi en Cassation non encore solutionné. C'est là, il faut

en convenir, une circonstance qui enlève à cette décision une grande partie de l'autorité qu'elle pourrait avoir, surtout si l'on considère que, seul jugement rendu en ce sens par un Tribunal de première instance, il a seul été frappé d'un pourvoi en Cassation. En effet, si l'une des assez nombreuses décisions favorables au cumul qui ont été rendues par d'autres Tribunaux de cet ordre avait fait l'objet d'un pourvoi en Cassation, nous en aurions eu connaissance, soit que le pourvoi eût été admis, soit qu'il eût été rejeté.

Nous croyons donc avoir le droit de conclure que les Compagnies d'assurances sont bien loin d'avoir confiance dans la valeur juridique de la cause qu'elles mettent tant d'âpreté à défendre.

Il n'est pas sans intérêt de constater que c'est avec l'appui du « Sou médical » que le Jugement de Lyon a été déféré à la Cour suprême, et que c'est grâce aux renseignements qui lui ont été procurés par le « Sou », notamment sur ce fait, que le Dr V. a obtenu le jugement ci-dessus.

J. DUMESNY.

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

Lois.

Loi rendant obligatoire, dans l'armée, la vaccination typhoïdique.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit

Article unique. — La vaccination antityphoïdique est obligatoire à l'égard des militaires de l'armée active.

Dans le cas où les circonstances paraîtraient l'exiger, une décision ministérielle pourra en prescrire l'application aux militaires des réserves, convoqués pour une période d'instruction.

Loi établissant une incompatibilité entre les fonctions de membre du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels et celles de directeur ou d'administrateur d'une société créant au profit d'une catégorie de ses membres des avantages particuliers.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit

Article unique. — L'article 34 de la loi du 1er avril 1898, relatif aux sociétés de secours mutuels, est ainsi complété :

« Les fonctions de membre du conseil supérieur des sociétés de secours mutuels sont incompatibles avec celles de directeur ou d'administrateur à un titre quelconque d'une société créant au profit d'une catégorie de ses membres et au détriment des autres, des avantages particuliers. »

Questions et réponses.

H. Henri AURIOL, député, expose à M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR que, depuis quelque temps, les maires et les commissaires de police refusent de légaliser toutes les signatures de certains actes et en particulier de ceux qui sont destinés à faciliter des opérations financières, que ce refus oblige les possesseurs d'un titre unique à faire parfois les frais élevés d'une légalisation par notaire ou par agent de change, et demande au ministre : 1° s'il ne croit pas possible d'éviter cette dépense inutile à la petite épargne, sous la réserve que l'identité du signataire devra être formellement établie ; 2° s'il n'y aurait pas intérêt à établir pour toute la France une règle uniforme en matière de légalisation.

Réponse.

Le droit, pour les ministres, de légaliser les signatures de leurs administrés résulte moins de textes précis que d'un usage très ancien qui s'est trouvé consacré, pour certains écrits, par des dispositions législatives ou réglementaires formelles

Consulté à diverses reprises sur cette question, le conseil d'Etat a émis, les 22 avril 1831 et 11 avril 1833, des avis d'où il ressort que toutes les fois que les lois, règlements ou instructions administratives ne leur prescrivent pas de légalis r les signatures, les maires peuvent, selon les circonstances, donner ou refuser leur légalisation.

En ce qui concerne le cas plus spécialement visé dans la question, c'est-à-dire la légalisation des signatures des actes destinés à faciliter des opérations financières, les maires sont tenus de légaliser, notamment, les procurations sous seings privés destinées aux opérations de transferts d'inscriptions de rente sur l'Etat au-dessous de 50 francs ; les procurations destinées aux négociations d'inscriptions de rentes sur l'Etat opérées par l'intermédiaire des trésoriers-payeurs généraux ; les demandes de conversion, transfert, remboursement, renouvellement de titres pour les emprunts de la ville de Paris ; les pouvoirs nécessaires pour opérer les retraits de fonds de la caisse des dépôts et consignations et autres caisses publiques ; certains documents destinés aux opérations touchant les fonds des caisses d'épargne : demandes en délivrance de duplicata de livret perdu ; demandes en remboursement ; formules diverses délivrées aux déposants

Quant aux commissaires de police, ils ne légalisent pas, au sens propre du terme, mais se con-

tentent de certifier l'authenticité matérielle de la signature apposée sur un document. Cette certification ne saurait être obligatoire ; ils peuvent la refuser s'ils voient un inconvénient à ce que leur signature et le cachet du commissariat figurent au bas d'un document privé.

***

M. Gilbert-Laurent, député, demande à M. le ministre de l'intérieur : 1° si un médecin traitant dans une petite ville, obligé d'être en même temps médecin vérificateur, est tenu de remplir le questionnaire relatif au décès de son client, et cela sous peine de voir le maire refuser le permis d'inhumer ; 2° si le médecin peut se borner à mentionner que le décès est dû à une cause normale.

Réponse.

La matière est réglementée par une circulaire du ministre de l'intérieur en date du 24 décembre 1866. Aux termes de cette réglementation, intervenue après avis du conseil d'hygiène et de salubrité publique et dont l'objet est d'empêcher les inhumations précipitées, le maire de chaque commune fait choix d'un ou de plusieurs médecins assermentés, chargés de constater le décès dont la déclaration aura été faite à la mairie conformément aux prescriptions de l'article 77 du code civil. Dès qu'une déclaration d'un décès est reçue, le maire fait parvenir au médecin vérificateur des décès un certificat que ce dernier doit remplir et sur lequel doivent être inscrits l'état-civil de la personne décédée, la nature de la maladie, sa durée et ses complications, le nom du médecin traitant, du pharmacien, et les conditions hygiéniques du domicile. Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, l'officier de l'état-civil est tenu de retarder la délivrance du permis d'inhumer jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une visite nouvelle et un rapport spécial du médecin vérificateur (1).

***

M. Louis Andrieux, député des Basses-Alpes, appelle l'attention de M. le ministre de l'instruction publique sur un vœu émis le 23 novembre dernier par le conseil d'administration de l'Amicale des instituteurs et des institutrices des Basses-Alpes, et demande au ministre quelles mesures il compte prendre pour que la législation scolaire, en ce qui concerne le balayage, les réparations nécessaires, l'hygiène des classes et celle des logements des maîtres reçoive une exacte application, notamment pour prémunir les élèves et les maîtres contre les maladies trop fréquentes dues au défaut de désinfection des locaux contaminés.

(1) Voir sur ce sujet, *Concours médical*, 1914, n° 9, p. 571.

Réponse.

Le vœu en question est la conséquence d'un rapport de l'inspecteur d'académie des Basses-Alpes que le préfet a présenté en conseil général lors de sa dernière session et qui signale précisément la mauvaise situation d'un certain nombre d'écoles du département.

Des instructions ont été données aux municipalités pour qu'elles appliquent les dispositions légales et celles du règlement départemental concernant les écoles.

D'autre part, les instituteurs ont été invités à aviser leurs chefs chaque fois que ces prescriptions ne seraient pas observées et le préfet ne manque pas d'intervenir énergiquement auprès des municipalités en cause.

Mais on se heurte fréquemment à l'impossibilité : la plupart des communes rurales sont lourdement imposées déjà ; la valeur de leur centime ne rapporte, en moyenne, que 20 à 30 fr. ; pour certaines d'entres elles, il est inférieur à 2 fr. « Le respect absolu de la légalité serait la ruine pour ces villages misérables ! » écrit le préfet des Basses-Alpes.

***

M. Lecointe, député, demande à M. le ministre de l'intérieur si la loi sur l'assistance aux familles nombreuses et celle sur l'assistance aux femmes en couches font disparaître les secours que les bureaux de bienfaisance délivraient précédemment dans le même but ou si, au contraire, ils s'ajoutent à ceux prévus par les lois précitées

Réponse

La loi sur l'assistance aux familles nombreuses ne fait pas disparaître *ipso facto*, au profit de ses bénéficiaires, les secours facultatifs que peuvent accorder les bureaux de bienfaisance ; mais ces derniers ont la liberté de les supprimer.

Quant au bénéfice de l'assistance aux femmes en couches, il ne peut se cumuler, suivant la loi, avec aucun secours public de maternité. Il est certain qu'un secours de bureau de bienfaisance attribué à une femme à l'occasion de sa maternité doit être considéré comme un secours public de maternité.

***

M. Goude, député, demande à M. le ministre de l'intérieur si le certificat médical prévu à l'article 18 de la circulaire en date du 9 août 1913, sur l'assistance aux femmes en couches, ne peut pas être délivré par une sage-femme et si un règlement départemental peut désigner le médecin qui délivre ledit certificat.

Réponse.

L'article 4 de la loi du 17 juin 1913, sur le repos des femmes en couches, prescrit la production d'un certificat médical. D'après cette disposition formelle, seul un médecin a qualité pour délivrer le certificat dont il s'agit.

En ce qui concerne le second point, la loi ne donne aucune précision quant au médecin qui doit délivrer ce certificat ; mais il ne paraît pas douteux que la postulante doive rester libre de s'adresser au médecin de son choix. Ce n'est que dans le cas où le certificat produit ne paraî pas fournir à l'administration toutes les garanties voulues que celle-ci peut demander qu'il soit corroboré par l'attestation d'un médecin désigné par elle.

Ainsi donc, un règlement départemental ne peut renfermer des dispositions pouvant être considérées comme imposant, en toute circonstance, aux postulantes à l'assistance, la production d'un certificat médical émanant d'un médecin de l'administration.



M. Jules-Louis-Breton, député, demande à M. le ministre du travail : 1° s'il croit être suffisamment armé par la loi du 20 juillet 1909, pour interdire, dès le 1er janvier 1915, l'emploi dans les travaux de peinture en bâtiments de toutes les couleurs blanches à base de plomb ; 2° si pour appliquer cette loi, dans son esprit comme dans sa lettre, il ne juge pas qu'il est nécessaire de la compléter par une disposition assimilant à la céruse tout produit blanc employé en peinture et dont la teneur en plomb dépasse 3 p. 100.

Réponse.

La loi du 20 juillet 1909, dont les dispositions ont été incorporées dans les articles 78 et suivants du livre II du code du travail, n'interdit, à partir du 1er janvier 1915, que l'emploi de la céruse, de l'huile de lin plombifère et des produits spécialisés contenant de la céruse. Il faudrait une nouvelle loi pour étendre l'interdiction à toutes les couleurs blanches à base de plomb et notamment à tout produit blanc employé en peinture et dont la teneur en plomb dépasse 3 p. 100.

Si l'emploi de la céruse et des produits spécialisés renfermant de la céruse a été interdit dans l'industrie de la peinture en bâtiments, c'est en raison du risque d'intoxication saturnine que courent les ouvriers qui emploient ces matières.

Il est évident que si ces matières doivent être remplacées par des produits aussi dangereux pour la santé des ouvriers, il y aura lieu d'envisager l'extension à ces produits de l'interdiction édictée par l'article 78 et suivants du livre II du code du travail. La question est actuellement à l'étude en ce qui concerne un produit blanc à base de plomb qui a été proposé à des entrepreneurs de peinture en bâtiment pour remplacer la céruse.

Circulaire ministérielle relative à la scolarité des étudiants sous les drapeaux.

Les étudiants des classes 1913 et suivantes seront autorisés à faire acte de scolarité sous les drapeaux dans les conditions suivantes, arrêtées de concert avec le ministre de l'instruction publique et des beaux arts :

I. — *Etudiants en droit.*

Les étudiants en droit seront autorisés à prendre des inscriptions et à subir des examens pendant la troisième année de leur présence sous les drapeaux et pendant cette année seulement, à condition :

1° Qu'ils aient accompli, avant leur incorporation, leur première et leur deuxième année de scolarité et subi avec succès les examens correspondants ;

2° Qu'ils aient été nommés « aspirants » à la fin de leur deuxième année de service (art. 14 de la loi du 7 août 1913).

II. — *Etudiants ès sciences et ès lettres*

Les étudiants ès sciences et les étudiants ès lettres seront autorisés à subir, pendant la troisième année de leur présence sous les drapeaux, et pendant cette année seulement les examens en vue desquels ils ont accompli leur scolarité avant leur incorporation à condition, toutefois, qu'ils aient été nommés « aspirants » à la fin de leur deuxième année de service.

III. — *Etudiants en médecine et en pharmacie.*

Sont régis par l'article 15 de la loi du 7 août 1913.

IV. — *Etudiants ayant échoué à un examen à la session de juillet précédant leur incorporation.*

Les étudiants des facultés de médecine, des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, des facultés de droit, des facultés de lettres, des écoles supérieures de pharmacie de plein exercice et préparatoires, qui auraient échoué à un examen à la session de juillet précédant leur incorporation, seront autorisés à se présenter audit examen à la session suivant immédiatement leur incorporation.

V. — *Engagés volontaires.*

Les dispositions des paragraphes I et II qui précèdent sont applicables sous les mêmes conditions aux engagés volontaires, à partir de leur troisième année de service.

A partir de la quatrième année et au-delà, les engagés volontaires pourront faire acte de scolarité sans conditions, sous la réserve que l'autorisation qui leur sera accordée à cet effet n'en-

traîne qu'exceptionnellement des dispenses de service.

VI. — *Examens et concours autres que les examens universitaires.*

Les militaires sous les drapeaux pourront être autorisés à s'absenter, à quelque époque que ce soit de leur service militaire, pour subir les examens et concours autres que les examens universitaires.

VII. — *Dispositions générales.*

Il demeure entendu que :

1° Les militaires sous les drapeaux autorisés à subir des examens ou à se présenter à des concours ne devront bénéficier d'aucune faveur spéciale pour la préparation de ces examens et concours, laquelle ne devra, d'aucune façon, porter préjudice à leur instruction militaire ;

2° Les permissions accordées pour prendre des inscriptions, subir des examens, ou prendre part à des concours compteront dans le maximum des cent vingt jours de permission que la loi permet d'accorder pendant les trois ans de service.

VIII. — *Maintien en vigueur des dispositions de la circulaire du* 8 *mars* 1911.

Les dispositions de la circulaire du 8 mars 1911, complétée les 21 avril et 26 décembre de la même année, demeurent intégralement en vigueur pour les militaires des classes 1911 et 1912. NOULENS.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— La langue française vient d'être reconnue au Chili comme langue officielle, au même titre que la langue espagnole, dans les facultés de médecine. Jusqu'à présent, les étudiants se servaient surtout de livres de médecine française, mais ils étaient obligés de passer leur examen en langue espagnole. Dorénavant, les professeurs auront aussi le droit de faire leurs cours en français. Cette décision apporte une nouvelle preuve de l'intérêt que la science française et la librairie française trouveraient à se tenir en rapports suivis avec l'Amérique du Sud et ses universités.

— **Les étudiants en médecine de la classe 1913.** — Par suite de la pénurie actuelle des médecins militaires, le ministère de la guerre est obligé périodiquement de procéder à des convocations de médecins de réserve et de l'armée territoriale, ou même à des réquisitions de médecins civils. C'est ce qui va se produire prochainement encore au moment des opérations des conseils de révision.

Pour alléger la tâche des médecins militaires, le ministre de la guerre, par une circulaire en date du 12 janvier 1914, a prescrit que les docteurs et étudiants en médecine incorporés *avec* ou *avant la classe* 1912 devront être utilisés de la façon suivante :

Les docteurs et étudiants pourvus de 12 inscriptions seront affectés soit aux hôpitaux militaires, infirmeries, hôpitaux, salles militaires d'hospices mixtes pour servir d'aides aux médecins traitants, soit aux services régimentaires où ils suppléeront en cas de nécessité les médecins auxiliaires. Les étudiants possédant moins de 12 inscriptions seront utilisés dans les infirmeries régimentaires. Dans tous les cas, les médecins auxiliaires titulaires resteront attachés au service régimentaire à l'exclusion de tout service hospitalier.

Dès que cette circulaire a été connue un certain nombre de lecteurs nous ont demandé si les étudiants incorporés avec la classe 1913 étaient exclus de ces dispositions d'une façon définitive ou si une réglementation les concernant était en préparation.

Nous n'avons pas hésité à nous adresser à M. le sénateur Léon Labbé, membre de la commission de l'armée, et à demander à notre vénéré maître, qui est toujours prêt à se dévouer pour ses confrères, de vouloir bien nous renseigner et d'intervenir au besoin auprès du ministre en faveur des étudiants de la classe 1913.

Malgré ses nombreuses et importantes occupations, M. Léon Labbé a bien voulu se déranger lui-même, ce dont nous lui gardons une très vive gratitude, et le il nous communique aujourd'hui une lettre de M. le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, exposant les *raisons pour lesquelles les étudiants de* 1913 *ne pourront malheureusement pas bénéficier des mêmes dispositions* que leurs camarades de la classe 1912.

« Paris, le 14 février 1914.

Monsieur le sénateur et très vénéré maître,

Vous avez bien voulu me communiquer une lettre de M. le docteur Le Sourd relative aux étudiants, en médecine de la classe 1913, qui solliciteraient d'être mis à la disposition du service de santé dans les mêmes conditions que leurs camarades incorporés avec la classe 1912.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en l'état actuel de la réglementation, cette demande ne peut être accueillie.

La circulaire ministérielle du 12 septembre 1913 (état-major de l'armée) relative aux conséquences de la nouvelle loi de recrutement du 7 août 1913, en ce qui concerne la marche de l'instruction, dispose, en effet, qu'en règle absolue, aucun homme de recrue ne doit, sous aucun prétexte, être distrait de l'instruction donnée dans son unité ou pourvu, soit comme titulaire, soit comme élève, d'un emploi quel qu'il soit, au cours de sa première année de service.

La même circulaire a prévu que des tempéraments pourraient être apportés à cette règle pour les hommes de la classe 1912, et c'est ce qui a permis de mettre les étudiants en médecine de cette classe à la disposition du service de santé ; mais elle a formellement rappelé qu'en 1913-1914 il y aurait lieu d'appliquer intégralement, en ce qui concerne la classe 1913, les prescriptions relatives à l'interdiction d'effectuer pendant la première année d'instruction aucun prélèvement pour le recrutement des emplois de toute nature.

Veuillez agréer, Monsieur le sénateur, l'assurance de ma haute considération et de mes sentiments respectueux et affectueusement dévoués.

TROUSSAINT.

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 17 *bis*. (Supplémentaire) Mardi 28 Avril 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

CORRESPONDANCE

Manière d'imposer le tarif syndical à la place du tarif Dubief.

Vous savez ce que nous venons de faire à Rennes, puisque nous vous avons adressé notre circulaire à tous les patrons et compagnies d'assurances et notre tarif. Vous avez eu d'ailleurs l'amabilité de les reproduire dans le *Concours*. De plus, nous avons distribué à 15.000 exemplaires le tract suivant, à la porte de tous les ateliers, etc.

Les compagnies ont l'air de s'exécuter de bonne grâce et plusieurs m'ont déjà réglé rubis sur l'ongle de menus accidents. Ma note est toujours remise, bien entendu, à l'ouvrier.

Dr PATAY,
Président du Syndicat
d'Ille-et-Vilaine.

Avis aux employés et aux ouvriers blessés dans le travail (commerce, industries et entreprises).

En exécution des lois sur les accidents du travail en date du 9 *avril* 1898, 31 *mars* 1905 *et* 12 *avril* 1906.

1° Tout employé ou ouvrier, attaché à un établissement privé, ou de l'Etat ou des chemins de fer, qui est victime d'un accident du travail a droit au demi-salaire et aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits : ces frais étant toujours supportés par le patron ou par son assurance.

2° *Le blessé a le droit absolu de choisir et de changer son médecin* et son pharmacien (art. 4) ; il peut donc toujours se faire soigner par son médecin, même lorsque ce n'est pas ce médecin qui a fait les premières constatations ou a donné les premiers soins.

3° Est passible d'une amende de 16 à 2.000 francs : le *patron, l'agent de la Compagnie, le médecin de la Compagnie* et toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menace de refus des indemnités, *tente d'imposer un médecin d'assurances* au blessé, et de détourner ce blessé d'un médecin, pour l'envoyer chez le médecin du patron ou de la compagnie (art. 3). (Tribunal correctionnel de Lille, 15 décembre 1905).

4° Le médecin de la compagnie d'assurances *n'a aucun droit spécial* pour soigner ou examiner le blessé, ni pour établir le certificat de déclaration d'accident.

5° *Le certificat de déclaration* d'accident peut donc, dans tous les cas, être *établi par le médecin du blessé.* — Ce certificat ayant une grande importance (car c'est une pièce qui en cas d'invalidité ultérieure devient le point de départ de toute la procédure), le blessé a toujours avantage à le faire établir par un médecin en qui il a librement placé sa confiance plutôt que par un médecin inconnu représentant la compagnie d'assurances.

6° *Le bulletin remis à la victime* après l'accident, où il est dit que le blessé doit se rendre chez tel ou tel médecin, *est une pièce sans valeur*. Il peut être égaré ou même déchiré par le blessé, qui ne perdra pour cela aucun de ses droits à l'indemnité. Le blessé n'est pas obligé de se rendre chez les médecins des Compagnies ni de leur faire viser des bulletins ou des feuilles de visite.

7° *Le domicile du blessé est inviolable* (art. 184 du code pénal). Aucun médecin, à l'exception de celui qui a l'autorisation des tribunaux, ne peut pénétrer dans le domicile du blessé sans son assentiment, même sous le prétexte de renseigner la Compagnie d'assurances sur l'état du blessé ;

8° Le blessé a le droit de *refuser de se laisser examiner par le médecin de l'assurance*, si le médecin de la compagnie ne présente pas au blessé : 1° l'*autorisation du juge de paix* ; 2° *le reçu de la lettre* recommandée adressée depuis 48 heures au moins au médecin choisi par le blessé. *Tout médecin qui ne présente pas ces deux pièces ne doit pas être reçu par l'ouvrier* (art. 4) ;

9° L'hôpital ou les dispensaires ne peuvent en aucun cas être imposés au blessé ; celui-ci a tout avantage à sortir de l'hôpital et à se faire soigner chez lui par son médecin habituel.

CONCLUSIONS.

1° *En cas d'accident, remettre au patron l'imprimé ci-dessous* que l'on aura découpé suivant le pointillé *et refuser de se rendre chez un autre médecin que celui qu'on aura choisi.*

2° Tous les médecins de Rennes se sont engagés à ne plus être les médecins de telle ou telle compagnie d'assurances : il ne pourra donc pas s'en présenter de ce chef chez les ouvriers blessés pour leur donner des soins

Le docteur ....
choisi par l'ouvrier, est prié de donner ses soins à notre ouvrier ....
blessé pendant son travail, le ....
et de délivrer les certificats nécessaires à l'application de la loi.

Les soins et certificats seront payés par nous au tarif ouvrier adopté par le Syndicat général des médecins d'Ille-et-Vilaine.

Le Chef d'entreprise,

Le

Réponse.

Nous publions très volontiers le tract que vous nous adressez, avec l'espoir que d'autres syndicats vont vous imiter et passer des paroles aux actes. Il est inutile de crier contre les énormités et les injustices du tarif Dubief, si les médecins continuent à le subir, alors que ce tarif n'a pas été fait pour eux. Nous n'aurions plus besoin de

(*Voir suite page* 1212.)

AVIS IMPORTANT

Les numéros spéciaux que nous éditons périodiquement ne représentent pas exactement le Concours Médical *dans sa forme et son texte habituels, ils doivent être considérés comme des suppléments consacrés à deux questions générales, scientifique et professionnelle. Les sommaires ci-dessous indiqueront aux lecteurs les matières contenues dans les derniers numéros hebdomadaires. Nous nous mettrons en outre à la disposition des confrères qui ne connaissent pas encore notre organe pour leur adresser le* Concours Médical *gratuitement à titre d'essai pendant deux mois. Il leur suffira de nous retourner le bulletin qui se trouve au bas de cette page.*

SOMMAIRE DU N° 15

SOMMAIRE DU N° 16

M. le docteur ...., *rue* ...., *n°* ...., *à* ...., *départ.* .... *désire recevoir le « Concours Médical » pendant deux mois à titre d'essai et gratuitement.*

Détacher ce Bulletin et l'adresser à M. C. BOULANGER, Administrateur du *Concours Médical*, 132, Faubourg Saint-Denis, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LA PHYSIOTHÉRAPIE

L'observation quotidienne de faits de guérisons inattendues, en dehors de toute intervention thérapeutique par les simples, par les drogues chimiques ou par la suggestion, a amené, depuis de longs siècles, les esprits scientifiques à penser que la nature, par ses innombrables ressources, air, lumière, chaleur, eau, électricité, mouvement, peut triompher des maladies même réputées chroniques.

Mais, de là à transformer les moyens physiques en méthodes thérapeutiques scientifiques, il y avait un pas de géant à accomplir. Longtemps, les traitements par les procédés physiques demeurèrent empiriques, et les médecins les dédaignèrent ; aussi, les charlatans n'eurent garde de les rejeter. Les uns appliquèrent les rayons solaires, les autres, l'électricité, d'autres, l'eau chaude, d'autres encore, l'eau froide en bains, douches ou promenades pieds nus sur l'herbe mouillée. Naturellement, ils ne négligèrent pas de joindre à leurs prescriptions fantaisistes force conversations suggestives et formules de sorcellerie. C'est d'ailleurs la trop grande abondance de ces hors-d'œuvre qui contribua à détourner de la thérapeutique par les agents physiques les esprits sérieux et les gens pondérés.

Heureusement, plusieurs médecins avisés, s'étant aperçus de tout le parti que l'on pourrait tirer de cette thérapeutique, travaillèrent consciencieusement la question et commencèrent à sortir du chaos empirique quelques vérités scientifiques, qui servirent de base à cette nouvelle branche de l'art médical.

Bientôt, des congrès furent organisés et la nouvelle science prit le nom de *physiothérapie*. L'an dernier, se tint, à Berlin, le quatrième Congrès de physiothérapie. A la séance d'ouverture, le professeur His, de Berlin, président du Congrès, proclama dans son discours, que « la science médicale est parvenue à mettre au service de ses desseins les forces auxiliaires naturelles et l'importance de la physiothérapie croît de jour en jour.

« La Science prend la lumière, s'en sert sous forme de bain de soleil ; la décomposant en ses éléments, elle enseigne à empêcher la suppuration par la lumière rouge, à soulager les douleurs par la lumière bleue, à tuer les bactéries par la lumière ultra-violette.

« La physique et la chimie lui apportent de nouveaux genres de rayons et elle se les approprie ; les ondes électriques, les courants de haute fréquence, les rayons de Rœntgen, les effets émanant des boues radio-actives, ont trouvé en quelques années des emplois multiples.

« D'un autre côté, les règles empiriques de la diététique ont fait place à une construction doctrinale de la valeur en énergie des éléments, de leurs bénéfices et de leurs préjudices pour les personnes saines et pour les malades. »

Nous allons passer en revue, successivement, les différentes branches de la physiothérapie, en insistant naturellement sur les applications qui présentent un caractère véritablement pratique et éprouvé.

A

Climatothérapie.

L'action de l'air sous ses diverses modalités est d'une très réelle puissance sur une infinité d'états pathologiques. Air pur, sans fumées, air sans germes pathogènes, air raréfié, air marin.

Depuis longtemps déjà, l'instinct populaire a devancé la science dans le choix des villégiatures estivales. La vie précaire que l'on mène dans les villes, au milieu du tourbillon des affaires, saturé de poussières, de fumées, de germes pathogènes innombrables, appelle impérieusement un repos au grand air, pendant au moins quelques semaines.

Tout le monde a eu l'occasion de constater les bienfaits de ces séjours à la campagne, dans une atmosphère calme, lumineuse et exempte de fumées et de microbes. Comme l'« hématose reprend de l'énergie ! », comme la « mine devient meilleure! », comme la « capacité respiratoire et le périmètre thoracique augmentent », surtout chez les jeunes sujets ! La mode actuelle des colonies scolaires de vacances est on ne peut plus utile et l'on ne saurait trop l'encourager. La seule critique sérieuse que l'on puisse formuler est la suivante : le séjour à la campagne ne devrait pas être seulement annuel ; il serait nécessaire de le répéter 3 fois par an, afin d'obtenir une plus fréquente ventilation de l'air résidual des alvéoles pulmonaires et une suractivité soutenue des poussées d'hématose générale. Pour obtenir le maximum de résultats avec le minimum d'inconvénients, il importe de choisir des campagnes dans des régions bien sèches, abritées à moins d'un kilomètre, par une forêt ou une colline boisée, convenablement orientée vers l'est ou le sud-est, et garantie du nord et du nord-ouest. Mais, faute de ces conditions de choix, toute campagne, hormis les petits trous humides, marécageux et sombres, ou le bord des routes encombrées d'automobiles et inondées de poussière, toute campagne produit un double effet tonique

et sédatif sur les organismes convalescents ou simplement débilités par la vie des villes.

On s'illusionne cependant trop souvent en espérant que les tuberculeux pulmonaires même au 1er degré seront susceptibles de guérir par un séjour prolongé de six, huit ou dix mois à la campagne. Ce que l'on obtient, c'est un retour de l'appétit, une augmentation de l'hématose, et, par conséquent, de la vitalité, un accroissement de l'assimilation alimentaire, et, par conséquent, du poids total, une élévation de la capacité pulmonaire et, par conséquent, une augmentation du périmètre thoracique, une sédation du système nerveux, une amélioration du sommeil et un amoindrissement de la fièvre. Mais la guérison, c'est-à-dire la destruction des bacilles dans les foyers où ils ont colonisé ? hélas ! non. L'amélioration générale est indiscutable ; elle peut se maintenir plusieurs mois, mais la rechute est inévitable, même si l'on continue la cure d'air à la campagne.

Pour obtenir mieux, il faut recourir à d'autres moyens : l'héliothérapie (cure de soleil, cure de lumière) et la thalassothérapie (cure marine).

L'*héliothérapie* est une méthode de thérapeutique parfaitement réglée et dosée selon les cas et selon le degré de la température ambiante. C'est cette méthode que l'on pratique dans les sanatoria, dans les galeries de cure ; c'est celle que l'on applique en Allemagne et en Autriche dans les établissements de cure de nudité. Les rayons solaires ont une très grande puissance de pénétration dans les tissus, en raison des émanations radio-actives qu'ils contiennent. Le soleil est, en effet, le foyer où se consument les plus énormes quantités de radium que l'on puisse rêver et, grâce à cette richesse rayonnante, il peut fournir les éléments les plus indispensables à la désinfection et à la stérilisation des foyers microbiens, particulièrement des foyers tuberculeux. L'action de l'héliothérapie est surtout remarquable dans les ostéo-périostites et dans les arthrites fongueuses ; elle est moins remarquable dans les péritonites tuberculeuses. Pour les lésions pulmonaires, les résultats sont beaucoup plus douteux, étant donnée la difficulté d'exposer la poitrine et les aisselles aux rayons solaires d'une manière prolongée.

Il faut, en effet, compter sérieusement avec les brûlures souvent très douloureuses que produisent les rayons solaires. L'exposition des régions malades au soleil doit être accompagnée de quelques précautions : les téguments doivent être enduits de vaseline ou d'huile et voilés par une fine mousseline à mailles serrées ; le séjour dure de 1 /2 heure à une heure consécutive, avec repos de même durée ; puis, nouvelle insolation de 1 /2 heure à une heure, et ainsi de suite, 4 fois par jour, de façon à obtenir une exposition de 4 heures par jour au maximum.

L'héliothérapie peut aussi être appliquée sous forme de séjour prolongé, le corps complètement nu, dans une atmosphère tiède et très lumineuse. Même non directes, les radiations solaires agissant par réflexion, sans interruption de 6 heures du matin à 6 h. du soir, amènent de sérieux résultats curatifs sur les gommes cutanées, ganglionnaires et mêmes osseuses.

La *thalassothérapie*, c'est-à-dire le séjour prolongé au bord de la mer ou mieux à une certaine distance au large, dans un bateau, s'ajoute à l'héliothérapie pour lutter efficacement contre les premières atteintes de la tuberculose. Chaque année, se tient un Congrès de climatologie et de thalassothérapie où sont exposés les innombrables succès obtenus par cette puissante méthode. Chaque année, c'est par milliers que l'on compte les malades, adultes ou enfants, qui viennent demander à la bienfaisante mer la guérison de leurs diverses tuberculoses. L'atmosphère marine, les effluves salines iodo-iodurées que l'on respire sur la plage ou en mer sont d'une remarquable efficacité dans les adénites cervicales, axillaires, inguinales, dans les adénopathies trachéo-bronchiques, dans les ostéo-périostites des membres, dans les arthrites bacillaires vertébrales, coxo-fémorales, tibio-fémorales, scapulohumérales, dans l'ascite tuberculeuse. La luminosité de l'atmosphère ajoute son action bienfaisante à l'action de l'air marin.

B

Aérothérapie.

L'aérothérapie comprend les différents procédés de cure par l'air comprimé, par l'air raréfié ou tout au moins avec légère diminution de pression, par l'air chaud, par l'air chargé de principes médicamenteux, par l'air refroidi à très basse température.

La thérapeutique par l'air comprimé se fait au moyen de cloches cylindriques, confortablement installées comme une cabine, où le patient séjourne environ 2 heures, tous les jours ou tous les 2 jours, dans une atmosphère progressivement comprimée à 1 /5 ou 2 /5 d'atmosphère (30 cm. de mercure). Il est nécessaire de décomprimer l'air également avant de faire sortir le malade de la cloche.

L'inventeur de cette méthode paraît avoir été le Dr Junod (communication Acad. sciences 1834.) Cet auteur signala la plus grande facilité du jeu de la respiration, l'augmentation de la capacité pulmonaire et de l'amplitude des inspirations plus profondes et moins fréquentes pendant le séjour dans l'air comprimé.

Les effets physiologiques du bain d'air comprimé intéressent la respiration et, par résultante, la nutrition et la circulation, en raison des variations produites dans les échanges de l'hé-

matose. Tout d'abord le type de la respiration est profondément modifié. La compression des gaz intestinaux limitant, en effet, l'abaissement du diaphragme, la respiration tend à prendre le type costo-sternal particulièrement favorable à l'augmentation de la capacité thoracique et partant respiratoire. En même temps, l'amplitude des mouvements respiratoires est plus étendue, l'inspiration plus profonde, l'expiration plus longue. L'inspiration est, en effet, plus facile sous l'influence de la compression de l'air qui refoule plus aisément les replis alvéolaires. La durée de l'expiration est prolongée du fait que la colonne d'air expiré, chassée par la rétractilité pulmonaire et l'effort de la contraction thoracique, voit sa vitesse de sortie retardée par la densité même de l'air comprimé dans lequel se fait l'expiration. Le nombre des mouvements alternant de la respiration en un temps donné diminue en raison de l'augmentation de leur amplitude. Enfin, l'effet physiologique de l'oxygène qui, sous l'influence de la pression, entre en combinaison beaucoup plus riche avec l'hémoglobine, doit être pris en considération. Les échanges de l'hématose étant plus actifs, plus complets, le besoin d'air devient moins impérieux et le ralentissement du rythme respiratoire en est une conséquence rigoureuse.

Le contrôle de ces effets physiologiques, le contrôle de la cure pneumatique peut être suivi jour par jour. De même que le thermomètre relève pas à pas les états pyrétiques, le pneumatomètre, le spiromètre, la balance enregistrent rigoureusement et régulièrement les gains de la ventilation pulmonaire et de l'état général.

Les effets de l'air comprimé sur la circulation et la nutrition ne sont pas moins remarquables. Ils se caractérisent par le ralentissement du pouls dont la tension augmente légèrement. Le système capillaire superficiel est particulièrement influencé. La compression extérieure agissant directement sur le réseau vasculaire épidermique, la dilatation des artérioles et veinules sous la poussée de l'ondée sanguine s'en trouve entravée et diminue, tandis que les vaisseaux des organes profonds, plus à l'abri des effets mécaniques de la compression, se laissent dilater davantage. La circulation profonde devient plus active, tandis qu'une pâleur caractéristique des téguments et des muqueuses se produit pendant le séjour dans la cabine pneumatique. La nutrition reçoit également de l'aérothérapie un stimulant énergique par la suroxygénation intense qui en résulte. Les combustions plus énergiques et plus complètes entraînent une exhalation plus abondante d'acide carbonique et une élimination d'urée plus considérable. La richesse de l'hémoglobine augmente, l'appétit se réveille. L'influence thérapeutique du bain d'air comprimé est donc considérable.

Les affections justiciables de cette méthode sont : l'asthme, l'emphysème, les bronchites chroniques, certains cas d'anémie, les séquelles de grippe, les toux spasmodiques, les coqueluches traînantes. Rapidement, les états dyspnéiques font place à une respiration plus ample et plus profonde ; souvent, dès les premiers bains, la sensation de bien-être est telle que les malades s'endorment profondément dans leur cabine. Les améliorations définitives se produisent dans une proportion de 80 % des cas traités, les succès portant surtout sur les malades atteints d'asthme nerveux. Dans les toux spasmodiques, ces séquelles interminables, reliquats d'infections coquelucheuses, les résultats présentent une rapidité et une constance remarquables. La sédation des accès se produit presque toujours en 10 à 15 jours, et dès les premières séances les quintes perdent de leur fréquence et de leur caractère spasmodique et suffocant.

Les scléroses pleurales, les laryngites et trachéites chroniques, l'impotence fonctionnelle nasale, après l'ablation, bien entendu, des obstacles du rhino-pharynx (végétations, polypes, amygdales) constituent le domaine propre de la pneumothérapie, qui sur ce terrain fait merveille.

Les chloroses, les anémies sont encore justiciables de l'aérothérapie. Qu'il s'agisse d'anoxhémie des régions d'altitude ou des pays chauds, de l'anémie de l'adolescence, d'anémies professionnelles, la cause se résume toujours à une oxygénation imparfaite contre laquelle lutteront avec succès les propriétés oxydantes de l'air comprimé.

— L'air *raréfié*, c'est-à-dire avec diminution de de pression, est cet air que l'on respire dans les climats dits d'altitude, à partir de 900 mètres.

Le séjour prolongé sur les plateaux des hautes montagnes à 1200 m., 1.500 m., 1900, etc., constitue une méthode curative de haute valeur. L'air a une composition identique à celle de l'air des plaines ; il n'est pas complètement exempt de microbes, car il n'y a qu'à partir de 3.000 mètres que les microbes disparaissent. La pression est d'autant plus faible que l'altitude est plus grande : la pression, qui est de 0 m. 76 au niveau de la mer, baisse d'environ 1 centim. par 115 mètres d'élévation. De la raréfaction de l'air, résulte pour le poumon la nécessité d'une respiration plus calme. Ajoutons que dans les altitudes, l'état hygrométrique est d'une sécheresse remarquable pendant l'hiver : les brouillards sont communs en automne et au printemps. Par suite de la faible teneur de l'air en vapeur d'eau, l'atmosphère est d'une grande limpidité. La lumière et l'insolation prennent une intensité extrême, l'air sec laissant passer presque tous les rayons calorifiques, et les rayons étant réfléchis sur la surface blanche du sol (on peut marcher et stationner sur la

neige, sans avoir la sensation de refroidissement) ; d'ailleurs, par suite de l'inclinaison, les rayons solaires frappent perpendiculairement le terrain et l'échauffent plus aisément. La température baisse, en raison de l'altitude, d'environ 1° pour 166 mètres d'élévation.

Le vent, rare en hiver, est plus fréquent en été. En résumé, le froid est bien supporté en hiver ; d'ailleurs, au soleil, la température s'élève, la luminosité est remarquable ; la pluie fait défaut, le vent est rare. En été, le climat d'altitude permet aux malades d'éviter la chaleur lourde et énervante des plaines.

Les effets physiologiques de la cure d'air raréfié en montagne sont : l'augmentation considérable du nombre des globules rouges, et de leur richesse en hémoglobine, la stimulation des fonctions respiratoires, de l'appétit et des forces générales. Les affections susceptibles d'amélioration notable et même de guérison, à condition de prolonger le séjour pendant au moins *une année*, sont : l'anémie sous tous ses aspects, la chlorose d'origine ovarienne, la chlorose avec albuminurie intermittente et orthostatique, les eczémas rebelles des nourrissons (Marfan), la tuberculose pulmonaire au 1er degré et au début du 2e degré, à condition qu'elle ne soit pas fébrile, ou tout au moins, très peu fébrile (37.9 à 38°5).

Les éréthiques nerveux, les cardiaques, les artério-scléreux, les vieillards, doivent éviter le séjour dans l'air raréfié des altitudes au-dessus de 900 mètres.

— L'air *chaud* a acquis une grande vogue depuis une quinzaine d'années. On donne à cette méthode le nom d'aérothermothérapie. MM. Rozier et Arrivat ont résumé l'état de la question, l'année dernière, dans le *Progrès médical*.

L'air chaud a été essayé par de nombreux auteurs pour combattre la plupart des affections chroniques ou simplement tenaces ; mais c'est Bier qui a le mieux mis en lumière les propriétés bienfaisantes de l'air surchauffé (Traité de 1905). « L'air chaud agit, à la fois, sur les muscles qu'il fait contracter, sur les nerfs sensitifs qu'il anesthésie, sur les nerfs moteurs qu'il paralyse, sur les centres nerveux, les nerfs sudoripares et vaso-moteurs cutanés, sur le sang et les oxydations qu'il augmente. Il agit en faisant de l'*hyperhémie active*. Il a cinq propriétés principales. Il est : 1° *analgésique* ; 2° *bactéricide* ; 3° *résolutif* ; 4° *cicatrisant* ; 5° *capable d'une action vibratoire*.

1° Il est d'abord *analgésique*. L'air chaud est susceptible d'amener la disparition de la douleur et l'anesthésie souvent profonde de la région traitée. Pour Bier, cette action analgésiante serait due à l'entraînement dans la circulation de substances toxiques agissant sur les extrémités nerveuses. Chrétien invoque les modifications de l'état moléculaire du tronc nerveux et de ses terminaisons. Bier, Ritter, Schleich, Brun, Unverricht, ont vanté cette action. Dausset, dans le *Journal de physiothérapie* d'avril 1908, en fait un grand éloge. On n'en saurait donner de preuves plus probantes que les brûlures survenant, par cette méthode, à l'insu du malade. Cependant dans la thèse de Jamot (Montpellier), 1908, se trouve rapporté un cas, où l'augmentation évidente du symptôme douleur par l'hyperhémie nécessita la suppression de la méthode.

2° *Il est bactéricide*, comme l'ont démontré les expériences de Nœtrel, Lequeur, de Kessely. Jamot met en doute cette action. Cependant, il semble bien que l'air chaud puisse être considéré comme nocif contre les aérobies et les anaérobies. Le chancre mou (Back et Aubert) perd à 41° sa vitalité ; à 45°, le gonocoque (Neisser) perd sa virulence et la propriété de se reproduire ; une température de 45 à 50° enlève toute virulence au bacille de Koch. Plus récemment contre le bacille de Loeffler (Rendu), on a proposé l'emploi de l'air chaud qui le tue à 58°. De plus, les recherches de Pasteur, les expériences de Veillon et Zuber, de Bieustack ont montré son action sur les microbes de la putréfaction ; il agit ici comme antiseptique et *désodorisant*.

3° *Action résolutive*. — L'hyperhémie active favorise les résorptions des œdèmes chroniques ou aigus consécutifs soit à des fractures de membres, soit à l'éléphantiasis, soit même à l'application de la bande élastique. Le fait est démontré par de nombreuses et de rigoureuses expériences.

4° *Propriété cicatrisante*. — Dans un article « Cicatrisation » du Dictionnaire de Richet, Mauclaire cite les expériences de Penzo qui montrent qu'en maintenant pendant un jour ou deux, à des températures différentes, deux points symétriques de la peau, on note que la chaleur active le processus de réparation épithéliale. L'air chaud favorise la formation de l'enduit crustacé et le rapprochement des bords de la plaie.

5° Enfin la douche d'air agit encore (Dausset) par le courant d'air et la pression qui produisent une vibration, rappelant le massage manuel, entraînant une vasodilatation intense et capable de faire sentir profondément ses effets.

Hyperémie, disparition de la douleur, action antiseptique et désodorisante, résorption, rapidité de cicatrisation, massage, tels sont donc les heureux effets de l'air chaud. Ajoutons qu'à partir de 200°, l'air chaud peut être employé comme cautérisant.

L'air chaud peut être employé sous forme de bain local (bains d'air chaud dans une caisse ou une boîte hermétique adaptée à la forme de la région à traiter) ou sous forme de douche (projection d'un courant d'air violent surchauffé

✦✦

au moyen de pompes ou de petites turbines électriques).

1° *Technique du bain.* — Elle est simple et bien connue depuis Bier. Le malade est couché ou assis, la région à traiter correspondant exactement au milieu de la chambre de chauffe ; cette région doit être entièrement nue. Après fixation du thermomètre, on allume le gaz et on règle le débit de façon à obtenir la température voulue. Cette température est d'ordinaire de 110 à 120°. Elle sera maintenue une heure ; on fera une seule séance par jour. Le point important est de prendre de grandes précautions de façon à éviter les accidents hyperhémiques assez fréquents avec le bain. Chez les anémiques, la tête sera recouverte d'un linge humide. Pour éviter les refroidissements, les malades, très légèrement vêtus pendant le traitement, devront se couvrir ensuite. Mais, surtout, il sera prudent de faire les premières séances moins fréquentes, moins longues et moins énergiques et d'en consacrer trois ou quatre, volontairement timides, à tâter la susceptibilité du malade à la chaleur.

2° *Technique de la douche.* — Le malade assis ou couché expose au courant d'air chaud la région à traiter. On dirige le jet d'abord de loin, puis de plus en plus près, en se guidant sur la sensibilité du malade. On ne fait plus varier la distance dès que le sujet éprouve une sensation de forte chaleur et non une sensation de brûlure. A ce moment, on projette le courant d'air chaud sur la plaie, en le promenant avec une vitesse égale en tous endroits. — La température donnée par les appareils de Rupalley, Rovcourt, Ménard, est en moyenne de 110 à 130° à la sortie du tube ; de 50 à 70° au niveau des surfaces malades. Marquis et Vignat pensent qu'on ne supporte pas sans douleur une douche d'air sec dont la température s'élève au-dessus de 50°. Il sera bon ici, comme pour le bain, pour éviter tout accident, de se guider toujours sur la sensibilité du malade. La douche d'air chaud sera donnée une fois par jour, pendant 10 minutes ou un quart d'heure. Certains opérateurs font des séances d'une demi-heure et même davantage. L'heure la plus favorable est avant le repas. Le repos est préférable dans l'intervalle des séances et surtout immédiatement après. S'il s'agit du traitement d'une plaie, à quel pansement devra-t-on s'adresser ? Le chirurgien Faure recommandait que l'on fît usage d'un vélin ou papier huilé pour éviter les frottements. La grande majorité de ceux qui ont quelque expérience de la question préconise le pansement sec. Hollander recommandait la vaseline boriquée ; Vignat, le pansement à l'ambrine. Nous avons eu recours dans tous les cas au pansement sec avec badigeonnage iodé périphérique. Il faudra, à la séance suivante, opérer avec beaucoup de prudence, quand il s'agira de détacher ce pansement. Il arrive souvent, en effet, que les compresses soient adhérentes à la plaie. On pourra, à la rigueur, mais seulement dans les cas où ce sera absolument nécessaire, aider à leur décollement en faisant tomber sur elles quelques gouttes d'eau bouillie ou d'eau oxygénée. Il faut l'éponger délicatement avec une compresse, surtout au niveau de ses bords où prend naissance la membrane de cicatrisation. Cette membrane se présente sous la forme d'une mince pellicule bleuâtre, très fine. Il faut savoir la reconnaître pour ne pas la détruire : c'est d'elle que dépend en effet la cicatrisation de la lésion (1).

L'air chaud, soit en bains, soit en douches, peut s'appliquer aux affections de la peau (plaies superficielles suppurantes, ulcères variqueux, tuberculeux, syphilitiques, gangrènes, maux perforants, maladie de Raynaud, nævi, acné, eczémas, furoncles, brûlures, infiltrations œdémateuses, chancres), aux affections des os (ostéites, suppurations des cavités osseuses), aux affections articulaires (arthrites, hydarthroses, blennorrhagie articulaire) ; dans cette dernière affection, l'air chaud doit être à 125°, appliqué pendant 25 à 30 minutes tous les jours ; il est très bien supporté par les malades. Sous son influence, les douleurs disparaissent rapidement ; les épanchements se résorbent, les chances d'ankylose sont très diminuées.

On applique aussi la douche d'air chaud aux traumatismes articulaires, aux synovites, aux ténosites, aux myosites, aux névralgies, aux névrites, aux sciatiques, aux névralgies faciales.

L'air chaud est d'un très grand secours en oto-rhino-laryngologie pour les sinusites, les coryzas chroniques, le coryza diphtérique.

M. Robert Rendu, de Lyon, préconise pour les inhalations d'air chaud dans les fosses nasales et dans le pharynx la technique suivante :

« L'embout est introduit dans la bouche de l'enfant sur une longueur de 3 à 5 cm., suffisamment pour déprimer la langue, sans cependant provoquer de réflexe nauséeux. On tourne alors le commutateur et on se laisse guider par la sensibilité du malade. Dès qu'un signe ou une légère grimace annoncent que la température limite a été atteinte, on tourne le commutateur et on envoie de l'air froid ; au bout de quelques instants on recommence à faire passer de l'air chaud, et ainsi de suite (*méthode des inhalations à température oscillante*). La limite de tolérance varie naturellement beaucoup avec l'âge des malades, leur pusillanimité et surtout leur accoutumance. L'auteur a employé plus fréquemment un autre procédé : celui des *inhalations discontinues à température croissante*. Dès que la température limite est atteinte, on retire l'em-

(1) *Journal de Physiothérapie* du Dr Alb. WEILL.

bout de la bouche : au bout d'une demi-minute, on le réintroduit pour l'y laisser tant que le malade peut le supporter, et ainsi de suite quatre ou cinq fois. La température augmentant progressivement, la durée de chacune de ces applications successives diminue parallèlement.

Plusieurs chronométrages ont montré que des enfants de 4 à 8 ans respiraient au cours d'une séance de 5 minutes :

De l'air à 60° pendant 2 minutes ;
De l'air à 70° pendant 20 secondes ;
De l'air à 90° pendant 15 secondes ;
De l'air à 100° pendant 10 secondes ;
De l'air à 110° pendant 5 secondes.

« Les séances sont naturellement supportées d'autant plus longtemps que les enfants sont plus âgés.

« Chez l'adolescent et l'adulte, il est aussi possible, grâce à l'usage de l'abaisse-langue, de faire des *irrigations pharyngées d'air chaud*, c'est-à-dire de diriger successivement le jet sur les différents points de la gorge recouverts de fausses membranes.

« Les séances d'air chaud ainsi pratiquées ne sont pas douloureuses ; aussi sont-elles bien supportées, même par les enfants, à condition de ne pas les brusquer et d'user de douceur et de patience, surtout aux premières séances. Deux ou trois fois on a vu les inhalations provoquer un peu de toux passagèrement. Jamais on n'a observé ni brûlure, ni complication pulmonaire. »

L'air chaud a été employé avec succès dans quelques cas d'ozène.

Les ophtalmologistes ont obtenu de bons résultats de l'application de l'air chaud dans les ulcères de la cornée, dans les leucomes cornéens, dans les kératites parenchymateuses.

Enfin l'aérothermothérapie est une méthode pleine d'avenir pour la cure des uréthrites chroniques, des prostatites, des cystites, des métrites, des paramétrites, des annexites, des cancers utérins inopérables, des péritonites aiguës ou tuberculeuses.

Pour terminer avec cette énumération des nombreuses applications de l'aérothermothérapie, il nous faut signaler un ordre de faits dont nous n'avons pas encore parlé. C'est la possibilité de la stérilisation par *l'air chaud des organes infectés* comme premier temps d'une intervention chirurgicale. Quénu a proposé cette méthode étudiée d'abord au moyen d'expériences cadavériques. On connaît les difficultés d'asepsie en cas de résection de cancer du rectum ou de l'utérus. Quénu a obtenu d'excellents résultats en introduisant dans ces organes, après anesthésie, de l'air chaud à des températures très élevées variant entre 300° et jusqu'à 600°. L'application dure 10 minutes à 300° et 3 minutes à 600°.

Il nous reste à dire quelques mots de l'emploi de l'air froid et de la cryothérapie. Le Génevois, R. Pictet, inventeur de procédés chimico-physiques industriels pour la production du froid et de la glace artificielle, a fait d'intéressantes observations et expériences sur l'effet du bain d'air friod à — 50°, — 80°, — 120°, dans diverses affections chroniques. Jusqu'à présent les résultats obtenus n'ont pas paru compenser les risques de cette médication difficile à appliquer chez beaucoup de sujets. Les effets immédiats sont une stimulation très intense de l'appétit et une sédation très nette des phénomènes gastriques douloureux, sauf les cas de néoplasmes, bien entendu.

Mais, si les bains d'air froid ou plutôt l'immersion dans des boîtes cylindriques garnies de feutre et refroidies artificiellement, n'ont pas encore conquis la faveur des thérapeutes, en revanche, les applications externes de compresses glacées et de vessies en caoutchouc remplies de glace concassée sont d'une remarquable efficacité dans de nombreux états inflammatoires (péritonites, péricardites, endocardites, méningites, cystites, métrites et périmétrites, orchites, arthrites des membres). Il est à peine besoin de rappeler les heureux résultats obtenus dans certaines affections cutanées et en particulier contre les nævi de tout ordre, par la neige carbonique (Danel. *Journ. des sc. médic. de Lille* et *Journ. de physiothérapie* du Dr Alb. Weill).

« Pour obtenir cette neige, il suffit d'avoir à sa disposition du gaz comprimé : la neige s'obtient en faisant détendre le gaz liquéfié à l'air libre. Les flocons fondent peu à peu et retournent à l'état gazeux sans passer par l'état liquide. En faisant tomber la neige dans un moule, et en la pilant, on obtient des crayons : ceux-ci étant en fusion continuelle, les couches de neige en contact se renouvellent constamment ; le pus et les microbes ne peuvent pas adhérer à leur surface, ni s'incruster dans leur épaisseur. Mais aussi, le froid n'a aucune valeur antiseptique, par lui-même. On ne peut donc pas espérer, dans le lupus par exemple, détruire directement les bacilles par le froid comme avec les rayons ultra-violets.

« Un point important à noter, c'est que l'application du crayon ne nécessite aucune anesthésie préalable. Cette propriété est particulièrement précieuse pour traiter les jeunes enfants.

« Pour ce qui est du *dosage*, la température de la neige d'acide carbonique demeurant constante, comme celle d'ailleurs de tous les corps en fusion, l'expérimentateur a deux facteurs à considérer : la *durée de contact* et la *durée de pression*. Le froid se propage par conductibilité et rayonnement. Les résultats obtenus dans un cas donné ne peuvent, bien entendu, être généralisés sans précaution, chaque région anatomique et chaque sorte de lésion réagissant à sa façon. Les lésions déjà traitées par le radium ou les

rayons X présentent, à la réfrigération par la neige carbonique, une sensibilité particulière, et cela parce que les rayons X ou le radium ont provoqué une endartérite avec oblitération d'un certain nombre de capillaires, d'où, en particulier, mauvaise irrigation de la cicatrice. Enfin, les applications répétées de neige sur une portion de tégument provoquent une sorte d'accoutumance, qui force à augmenter les doses si on veut obtenir le même degré de réaction.

« L'auteur n'a traité qu'un seul nævus purement pigmentaire, qui a complètement disparu après deux applications de 50 secondes avec pression moyenne : il avait la dimension d'une grosse lentille. Actuellement, on n'en voit plus trace. Un nævus tubéreux, de dimension double, a donné, après 2 séances, une réaction assez vive, une cicatrice lisse, mais un peu déprimée.

« Une vingtaine de nævi vasculaires ont donné des résultats remarquables. Le lupus érythémateux acnéique, s'il n'est pas aussi régulièrement guéri que l'ont cru quelques auteurs, donne cependant des résultats intéressants. Le lupus tuberculeux, dans deux cas traités, n'a pas donné satisfaction, malgré une forte pression et des séances de 50 secondes. Après une réaction très vive, on retrouva le tissu lupique aussi mollasse et végétant qu'avant cette tentative.

« Pour l'épithélioma, les résultats sont comparables esthétiquement à ceux de la radiothérapie, il n'y a pas à craindre les télangiectasies consécutives. On s'abstiendra si la lésion est ulcéreuse, térébrante, d'allure maligne manifeste.

« En cas de verrues, il faut assez souvent faire une seconde application pour obtenir une chute totale : le résultat est très recommandable, car il n'y a pas de cicatrices. Sur les chéloïdes, les effets sont fort variables : sur une acné chéloïdienne de la nuque, des applications longues, à pression forte, ont donné un résultat inespéré. »

C

Hydrothérapie

La thérapeutique par l'eau et les vapeurs est, vraisemblablement, la plus ancienne de toutes les méthodes thérapeutiques ; il y a même fort longtemps qu'elle est scientifiquement réglée. Egyptiens, Assyriens, Phéniciens, Grecs et Romains étaient fort avancés dans la pratique de l'hydrothérapie ; les nombreuses fouilles des archéologues nous ont suffisamment documentés sur ces questions.

L'eau agit suivant sa température, et suivant le mode et l'étendue de son application. On l'applique en compresses, en douches, en immersions et en bains locaux ou généraux. L'hydrothérapie est tantôt froide, tantôt chaude.

Hydrothérapie froide

1° *Locale.* — L'eau froide rend les plus grands services en compresses de tarlatane bien imbibées, et essorées, enveloppées autour du thorax, dans les bronchites capillaires, congestions pulmonaires et bronchopneumonies. On les recouvre de taffetas gommé et le malade est enroulé dans une bonne couverture de laine. Ces compresses sont renouvelées toutes les heures et demie, toutes les deux heures ou toutes les trois heures selon la gravité des cas. C'est une méthode révulsive de premier ordre qui décongestionne rapidement les organes, abaisse la température générale et augmente la diurèse. Ce procédé est recommandable, aussi, autour du cou pour les angines et pour les spasmes de la laryngite striduleuse. On l'emploie même dans les hémoptysies des tuberculeux et les œdèmes aigus des artério-scléreux. Sur l'épigastre, elles constituent l'un des meilleurs agents de thérapeutique stomacale, dyspepsies, atonies, hyperchlorhydries., ulcères.

Les compresses dites réfrigérantes, c'est-à-dire bien imbibées d'eau froide, non essorées, recouvertes de taffetas gommé et renouvelées toutes les 5 ou 10 minutes, rendent de très grands services dans les entorses, dans les hémorragies (épistaxis, métrorrhagies), dans les crises de tachycardie basedowienne, dans la conjonctivite purulente, dans l'ophtalmie blennorrhagique avec œdème, enfin, dans les brûlures ou les traumatismes des paupières ou du globe oculaire.

Les douches locales froides, en jet direct, ou en jet brisé, sont surtout applicables aux parties inférieures du corps, reins, hypogastre, cuisses, jambes, plantes des pieds.

Dans tous les cas, ces douches ont pour but de ranimer la circulation défaillante et de raviver les échanges cellulaires ralentis.

En irrigations, l'eau froide n'est utilisée que dans l'intestin, soit pour favoriser les évacuations et l'abaissement de la température dans la fièvre typhoïde, soit pour combattre les hémorrhagies rectales, soit comme cholagogues dans les angiocholites catarrhales.

L'eau froide est utilisée en immersions locales (bains de siège froids de 8 à 18°) pour combattre les incontinences d'urines, les spermatorrhées, les aménorrhées, les dysménorrhées, l'insomnie des surmenés, les ptoses, les prolapsus du rectum, les hémorrhoïdes, les atonies rectales. La durée de ces bains est de 1 à 4 minutes. Les bains de pieds froids de 8° à 18° se donnent comme révulsifs, pour attirer le sang aux extrémités comme préventifs des engelures, chez les sujets lymphatiques, et comme moyen curatif contre l'hyperhydrose. Les bains de mains froids sont employés contre l'épistaxis.

2° *Générale.* — Les procédés d'hydrothérapie générale froide sont fort nombreux ; ce sont : les douches, les bains, les enveloppements, les

lotions et affusions froides. Les douches froides doivent avoir une température de 10° à 12° ; la pression doit être de 12 m. de hauteur au minimum et de 16 m. au maximum. On distingue : la douche en jet mobile (jet plein et jet brisé, en lame ou en éventail) ; 2° la douche en pluie mobile ; 3° la douche en pluie verticale, au moyen d'une pomme fixée à 2 m. 50 ou 3 m. de hauteur, le malade ayant un bonnet imperméable ; 4° la douche en colonne ou jet vertical ; 5° la douche en cercle ou en poussière.

La douche en jet brisé doit porter d'abord sur les pieds et les mollets ; puis, sur la partie postérieure du corps, sans toucher la tête et la nuque ; en dernier lieu, sur les parties antérieures du corps ; on termine la douche par un jet plein sur les pieds. Le sujet doit se retourner plusieurs fois, pendant la durée de la douche, qui est de 15 à 20 secondes.

Le bain de pieds chaud, après la douche, est très utile pour combattre la céphalée. On peut prévenir l'oppression et les palpitations, très vives chez certains malades, en projetant avant la douche un peu d'eau froide sur le devant de la poitrine.

Les douches froides s'adressent surtout aux sujets jeunes et assez vigoureux pour faire les frais de la réaction ; leurs effets sont essentiellement toniques. Elles constituent la meilleure méthode prophylactique des affections de l'appareil respiratoire.

Les immersions froides se font dans une piscine ou dans une baignoire. Dans la piscine, si l'eau est courante, la température de 6° à 8° est endurable ; si l'eau est dormante, il faut environ 13° à 15°. La durée de l'immersion doit être de 2 secondes à 1 minute au maximum. Les effets sédatifs sont très marqués.

— Dans la baignoire, l'immersion doit être, à peine, de quelques secondes, l'eau ayant de 7° à 15.

— Les bains froids ou plutôt les bains frais sont entrés dans la pratique courante et depuis Brand, en particulier, on les utilise pour combattre toutes les hyperthermies, fièvre typhoïde, rhumatisme cérébral, pneumonie, delirium tremens, fièvre puerpérale. La température du bain doit être de 18° à 20°, mais, généralement, on donne le premier bain à 28°. Chez l'adulte, la durée du bain frais est de 10 minutes et on le renouvelle, 3, 6, 8 fois par 24 heures, dès que la température atteint 39° ; chez l'enfant, la durée est de 5 à 8 minutes. Il importe que l'eau recouvre entièrement les épaules et que des compresses humides froides restent en permanence sur la tête, pendant la durée du bain. Vers la fin du bain, on arrose d'eau froide la poitrine et les épaules, en même temps que l'on masse le thorax et les membres supérieurs. Le frisson se produit au bout de dix minutes en moyenne ; il est utile à ce moment de faire boire un liquide chaud (bouillon, thé, café, grog). A la sortie du bain, le malade est enveloppé d'un drap et d'une couverture, remis dans son lit et essuyé.

« Il n'est pas besoin de renouveler l'eau à chaque bain, si celle-ci n'a pas été souillée.

« Les indications générales des bains froids, dans la fièvre typhoïde comme dans les autres pyrexies, sont, avec l'hyperthermie, les phénomènes nerveux ataxo-adynamiques, l'oligurie, la congestion pulmona'

« Les contre-indications sont tirées de l'âge (à partir de 45 à 50 ans, le bain froid doit être remplacé par le bain tiède, graduellement refroidi), de l'existence de lésions cardiaques antérieures, d'artériosclérose, d'emphysème très prononcé, de tuberculose pulmonaire.

« Le bain doit être suspendu, en cas d'hémorragie intestinale abondante, l'immobilisation absolue étant nécessaire.

« Le bain abaisse immédiatement la température, l'abaissement variant entre 0°2 et 1°2. La température, une fois abaissée, reste stationnaire jusqu'à la fin de la première heure et remonte ensuite, pour atteindre un degré égal ou supérieur à celui qu'elle avait avant le bain.

« La courbe thermique est influencée, au bout d'un nombre de bains variable, suivant l'intensité de l'infection, mais la durée de la maladie n'est pas abrégée. L'influence du bain ne se limite pas à l'abaissement de la température ; le bain désintoxique, en augmentant la diurèse et provoquant par la voie rénale l'élimination d'une grande quantité de toxines ; il relève l'énergie cardiaque et augmente la tension artérielle, d'où la décongestion du poumon ; il modifie rapidement les phénomènes nerveux (le délire, l'excitation, la stupeur, l'insomnie disparaissent) ; enfin, il atténue les symptômes digestifs (la langue se nettoie et redevient humide, la diarrhée diminue et peut même faire place à la constipation). D'une façon générale, les complications sont plus rares chez les typhiques baignés.

« *Bains progressivement refroidis.* — C'est la méthode de Ziemmsen. La température initiale du bain est inférieure de 5 à 6 degrés à celle du malade ; sa durée est de 20 à 30 minutes, pendant lesquelles on refroidit peu à peu l'eau jusqu'à 20° vers la fin du bain. Ce bain convient particulièrement aux malades déjà avancés en âge ou porteurs d'affections cardiaques, atteints d'emphysème.

« *Demi-bains refroidis.* — La température initiale est de 30° ; on l'abaisse de 30 à 26° dans les premiers jours, plus tard jusqu'à 22 ou 20°. Le demi-bain refroidi est utile dans les cas d'excitabilité spinale, dans la spermatorrhée. Durée : 5 minutes.

« *Bains tempérés de* 32 à 26°. — Ces bains ont des effets toni-sédatifs. Ils sont utiles dans

les maladies infectieuses, lorsque les bains froids sont contre-indiqués.

« *Bains de mer.* — Ces bains ont les mêmes effets que les bains froids, mais en plus l'action percutante de la lame. Il sera bon de commencer par des affusions chez les malades, les jeunes enfants (la température de l'eau de mer oscille entre 15 et 20° sur le bord de la Manche, entre 18 et 20° sur la plupart des plages de l'Océan, entre 18 et 28° sur les plages de la Méditerranée).

« Le bain de mer est essentiellement tonique, à la condition d'être court, surtout chez les sujets débilités. Il est particulièrement utile chez les anémiés d'une façon générale, les débiles, les rachitiques, etc. Il est contre-indiqué chez les neurasthéniques excités et les hystériques.

ENVELOPPEMENTS FROIDS.

« *Enveloppements dans le drap mouillé.* — Le malade est enveloppé dans un drap de grosse toile, trempé dans l'eau froide à 8-12° et tordu. Pendant la durée de l'enveloppement, qui est de 3 à 5 minutes, il est frictionné vigoureusement. Puis, on remplace le drap mouillé par un drap sec et chauffé avec lequel on continue à le frictionner. Après l'enveloppement, le malade se remet au lit. Les enveloppements avec le drap mouillé tordu et frictions sont indiqués chez les dyspeptiques nerveux, dans les états anémiques, la neurasthénie, la chorée, etc. Leurs effets sont toniques.

« On obtient des effets sédatifs avec l'enveloppement dans le drap mouillé ruisselant, sans frictions, et pendant une durée courte, de 2 à 3 minutes. Au bout de ce temps le malade est frictionné légèrement avec un drap sec. Ce mode d'enveloppement est applicable aux malades atteints d'insomnie nerveuse, de neurasthénie avec excitation, de goitre exophtalmique, etc.

« Un troisième mode d'enveloppement consiste à étendre sur un lit de sangle garni et recouvert de deux couvertures de laine un drap qui a été trempé dans l'eau froide, à 8-12° et tordu. Le malade est placé sur le drap, dont on interpose tous les plis entre le corps et les membres, puis les couvertures sont repliées sur lui. On peut obtenir un effet antithermique puissant en renouvelant le drap à deux ou trois reprises, de 10 en 10 minutes ; des effets toni-sédatifs en laissant le malade dans le même drap que l'on retire au bout de 12 à 13 minutes, quand la réaction commence ; enfin, des effets sudorifiques et diaphorétiques, en prolongeant l'enveloppement et favorisant la réaction par l'application de bouillottes d'eau chaude. Il est utile d'appliquer, dans ce cas, des compresses froides sur la tête.

AFFUSIONS ET LOTIONS FROIDES.

« *Affusions.* — Consistent à projeter sur le patient placé dans une baignoire, à l'aide d'un seau, de l'eau à basse température. Les *lotions* se font à l'aide d'une éponge, dans le tub ou dans le lit. Elles sont particulièrement utiles chez les enfants lymphatiques ou débiles, à circulation défectueuse, chez les dyspeptiques, les chlorotiques ; d'autre part, chez les typhiques avec hémorrhagies intestinales qu'il ne serait pas prudent de déplacer » (1).

Hydrothérapie chaude.

1° *Locale.* — L'eau chaude appliquée en compresses *loco dolenti* est un incomparable procédé de sédation et de révulsion. On l'emploie contre les kératites, les conjonctivites, les névralgies, les laryngites spasmodiques, les angines, les hémorrhoïdes. L'eau chaude peut aussi être appliquée dans un sac imperméable (en caoutchouc et feutre) sous forme de bouteille plate sur le creux épigastrique, sur la région lombaire, sur les épaules, sur la grande échancrure sciatique, etc.

En immersions locales, on emploie l'eau chaude sous forme de bains de siège, de bains de pieds, de bains de mains. Les bains de siège chauds sont efficaces contre les hémorrhoïdes enflammées ou étranglées, contre les inflammations pelviennes, contre les prostatites, contre la spermatorrhée, contre les cystalgies, le prurit anal, le prurit vulvaire, les dysménorrhées, enfin, contre les entérites chroniques.

Les bains de pieds chauds décongestionnent les régions supérieures du corps, la tête en particulier, facilitent la venue des menstrues.

Les entorses, arthrites, synovites tendineuses, sont utilement influencées par les bains de pieds très chauds à 45° ou 50°.

Il en est de même pour les arthrites du poignet et les phlegmasies des gaines de la main.

Les irrigations d'eau aseptique chaudes sont quotidiennement employées dans la pratique actuelle pour combattre les infections, les inflammations et les hémorrhagies des différentes cavités naturelles (fosses nasales, oreilles, yeux, vessie, intestin et rectum, vagin et cavité utérine, urèthre et vessie).

Nous ne nous étendrons pas sur la technique des irrigations ; nous rappellerons seulement que les irrigations sont dites chaudes, quand elles sont pratiquées avec une eau à 35° ou 40° et très chaudes quand l'eau est à 42° ou 45°. On peut porter cette température à 48° ou 50° pour les irrigations intra-utérines antihémorrhagiques.

Enfin les douches locales chaudes sont très recommandables contre les névralgies pelviennes, ovariques, utérines, dans les crises de dysménorrhée, dans les diarrhées chroniques, dans les cystites avec spasmes, dans les spermatorrhées chroniques.

(1) Formulaire des Drs Lyon et Loiseau (Masson).



Enfin, les douches d'eau pulvérisée chaude sont très employées dans les angines, laryngites, conjonctivites et kératites.

2° *Générale.* L'hydrothérapie chaude est appliquée comme méthode de traitement général sous forme de douches, d'immersions ou de bains et d'enveloppements. Les douches chaudes se divisent en douches écossaises, douches alternatives et douches très chaudes.

La douche écosssaise est une douche froide courte précédée d'une douche chaude plus ou moins longue. On peut donner la douche sans transition ou avec transition. Dans le premier cas, la douche est donnée primitivement à une température de 35° à 36° que l'on élève progressivement et rapidement à 40°, 42° et même 45°. On maintient cette température pendant un temps d'une durée variable : 1 à 3 minutes, puis on donne brusquement le jet froid pendant un temps très court (5 à 10 secondes). Ce procédé convient chez les sujets affaiblis à réaction insuffisante, chez les arthritiques, les goutteux et les sujets très excitables, qui supportent mal l'hydrothérapie froide d'emblée. Quand on donne d'emblée la douche très chaude (45° à 50°) pendant 3 à 5 minutes, et quand on la fait suivre, sans transition, du jet froid très court, on obtient des effets révulsifs très énergiques. En douchant exclusivement la moitié inférieure du corps, on peut combattre utilement la dysménorrhée, certaines céphalées, etc.

Dans le second cas (douche écossaise avec transition), on administre d'abord le jet chaud à 35° ou 40° pendant 1 minute environ, puis, on abaisse progressivement et lentement la température du jet pendant 10 à 20 secondes. Ce procédé est réservé aux personnes très débilitées.

2° Douches alternatives. Ce sont les douches chaudes, puis froides, alternées sans transition et d'égale durée.

3° Les douches chaudes (32° à 36°) sont essentiellement sédatives et conviennent par suite à tous les nerveux excités (hystériques, neurasthéniques) ; elles sont très efficaces contre les névrodermites, les dermatoses prurigineuses, urticaire, prurigo de Hebra, lichen plan.

La douche à la température de 40° à 45° a des effets révulsifs utilisés dans les névralgies et dans tous les cas, où il est indiqué de congestionner la peau et d'en faire fonctionner activement les glandes sudoripares. Elle est contre-indiquée chez les cardiaques et les artério-scléreux.

IMMERSIONS ET BAINS.

Bains chauds. — Le bain tempéré de 33° à 36° est essentiellement sédatif.

Il est utile dans tous les cas où il est nécessaire de ramener le sommeil, de combattre des convulsions, l'excitation maniaque. Les effets sédatifs sont d'autant plus marqués que la durée du bain est plus longue. Dans certaines maladies mentales cette durée peut être de plusieurs heures ou même être prolongée pendant des semaines entières (bain permanent de Kræpelin). Hebra a employé le bain prolongé pendant plusieurs heures dans certaines dermatoses : psoriasis, pemphigus, prurigo chronique ; cette méthode de traitement est suivie à Louèche-les-Bains.

Le malade astreint au bain permanent prend ses repas dans l'eau et y dort (la tête reposant sur un coussin à air en caoutchouc). On prévient la macération excessive de l'épiderme par des onctions fréquentes avec la vaseline.

Les bains très chauds (à partir de 37°) ont des indications spéciales. Ils doivent être employés dans tous les états hypothermiques en général : athrepsie, choléra à la période algide ; d'autre part, dans les fièvres éruptives, quand l'éruption se fait mal, dans la fièvre typhoïde à forme hémorragique ou accompagnée de complications cardiaques, de néphrite, et chez les enfants présentant des déterminations pulmonaires accentuées ; dans les bronchites aiguës profondes, particulièrement chez l'enfant, et dans la bronchopneumonie, enfin dans le rhumatisme chronique, dans la méningite cérébro-spinale, où ils constituent une médication quasi-spécifique, dans les néphrites, les coliques hépatiques et néphrétiques.

2° *Bains chauds médicamenteux.* — Aux effets thermiques du bain se joignent les effets des substances salines, végétales ou animales que l'on y ajou[illegible] ou qui s'y trouvent contenues naturellement.

Citons les bains alcalins, bains de Vichy, bains de sel, les bains de Barèges et sulfureux, les bains carbo-gazeux, les bains aromatiques, les bains de son, d'amidon, de tilleul, les bains de gélatine, à la térébenthine, huile de cade, etc.

— Les enveloppements chauds se font au moyen d'un drap mouillé dans de l'eau à 38° ou 40°, essoré et étendu sur une couverture de laine. On rabat le drap et la couverture sur le malade, qui restera enveloppé pendant trois quarts d'heure, matin et soir ; c'est une méthode excellente dans l'ictère grave.

D

Kinésithérapie et massothérapie.

La thérapeutique par le mouvement, par la gymnastique et par le massage a pris une extension extraordinaire sous l'impulsion des maîtres français, de Lucas-Championnière et des professionnels suédois.

La kinésithérapie (gymnastique médicale suédoise, méthode de Ling) a pour principe l'utilisation de trois ordres de mouvements :

1° *Les mouvements actifs*, ceux que le sujet

exécute volontairement et à l'aide de ses seules forces ;

2° *Les mouvements avec résistance,* la résistance étant opposée soit par le médecin, pendant que le sujet exécute le mouvement, soit par le sujet, pendant que le médecin lui fait exécuter le mouvement ;

3° *Les mouvements passifs,* exécutés avec les membres ou sur une partie quelconque du corps, par l'intermédiaire du médecin, sans que le sujet aide ou résiste à l'exécution de ces mouvements.

Dans ce dernier ordre de mouvements doivent être classées les manœuvres du massage qui, bien antérieur à la kinésithérapie, doit être considéré aujourd'hui comme étant une partie de cette méthode générale ! Cependant, si on fait peu de massage sans y ajouter quelques mouvements et si on fait rarement une séance de gymnastique sans masser plus ou moins dans le cours de la séance, la prédominance accordée suivant les cas à tel ou tel genre de manœuvres nous permet, pour la clarté de l'exposition, de les étudier séparément.

Le massage. — Le massage produit des effets directs purement mécaniques et des effets indirects par action réflexe. Il agit sur la plupart des fonctions et des organes.

Localement, il agit sur les *œdèmes et les exsudats* dont il favorise la résorption ; d'où, diminution de volume des membres œdématiés, disparition des raideurs périarticulaires, des pseudo-ankyloses et des douleurs dues à la compression des filets nerveux ; sur *les muscles*, en excitant leur contractilité et en s'opposant à l'atrophie.

Indirectement, il active et régularise la *circulation* : d'où son action sur la *nutrition*. Les échanges sont accélérés, comme le prouve l'augmentation des urines, de l'urée.

Le massage abdominal utilise ces deux modes d'action : la fibre musculaire intestinale, si souvent atone, est excitée, et la circulation abdominale régularisée.

Le massage se compose d'un certain nombre de manipulations et de procédés qui ont nom :

1° L'effleurage
2° Les pressions ;
3° Les frictions ;
4° Le pétrissage ;
5° La percussion ;
6° Les trépidations et vibrations.

Les différentes opérations du massage se font suivant le principe immuable que toute friction, toute manipulation, doit suivre la direction de la circulation veineuse, de bas en haut pour le tronc et les membres, de haut en bas pour le cou et la tête. On doit toujours enduire les régions à masser d'huile, de vaseline ou de talc afin de ménager la peau. Nous n'insisterons pas sur les premières opérations du massage et nous nous arrêterons quelque peu à la sixième catégorie les trépidations et les vibrations.

Primitivement, on utilisait pour appliquer les trépidations et les vibrations les mouvements rapides de la main de l'opérateur. Les perfectionnements mécaniques et électriques modernes permettent d'obtenir des effets vibratoires tout à fait supérieurs, qui ont une action remarquablement sédative sur le système nerveux : sciatiques, névrites, névralgies, contractures spasmodiques, crampes, hémiplégies anciennes, gastropathies tabétiques, lithiases hépatique et rénale, gastralgies, ovaralgies, douleurs pelviennes, vieilles arthrites, anciennes blessures, sensibles périodiquement, ou au moment des changements de temps, tout cet imposant cortège d'infirmités pénibles est extraordinairement atténué, amélioré, quelquefois même calmé pour un long laps de temps par le massage vibratoire. N'ayons garde de négliger un remède si puissant qui vaut mille fois mieux que tous les liniments, embrocations ou révulsifs problématiques et surtout que les piqûres analgésiques ou les cachets calmants, dont les inconvénients ne compensent pas suffisamment les avantages. Ne laissons pas les charlatans et les rastaquouères s'emparer de ces moyens d'apparence mystérieuse si efficaces dans le public ; nous risquerions encore, comme l'an dernier, de voir drainer sous nos yeux trop naïfs d'énormes sommes d'argent auxquelles nous avons incontestablement plus droit que nos indignes rivaux.

Les différents procédés de massage, effleurage, percussion, pétrissage, pincement s'appliquent à tous les traumatismes, contusions, entorses, luxations, fractures même, ainsi que l'a si lumineusement démontré Lucas-Championnière. Seulement, dans les cas de fractures, il faut masser toute la région qui entoure le foyer de fracture, en ayant soin de respecter le trait de fracture lui-même. Le massage s'applique aussi aux arthrites anciennes, aux hydarthroses, aux synovites, aux œdèmes durs variqueux, aux phlébites anciennes, apyrétiques. Dans ce dernier cas, il faut évidemment une surveillance attentive et une très grande douceur.

Les gynécologues, avec Doléris et Stapfer, ont montré avec éclat les remarquables résultats que le massage de Thure-Brandt peut permettre d'obtenir dans les ovarites, paramétrites, déviations, exsudats pelviens anciens.

Les urinaires emploient avec succès le massage rectal pour combattre les prostatites chroniques.

« Le massage abdominal est utile dans le cours des cardiopathies chroniques, pour parer aux inconvénients de la stase dans les veines mésentériques et tout le système veineux abdominal. Sous l'influence du massage, la congestion du foie et du rein diminuent, la diurèse est activée.

« Le massage abdominal, joint au massage général, diminue les résistances périphériques, facilite le travail du cœur et trouve son indication dans l'artériosclérose avec hypertension artérielle.

« Le massage des membres atteints de *phlébite* que l'on interdisait formellement, il y a peu de temps encore, dans la crainte de provoquer des embolies mortelles, est, au contraire, conseillé aujourd'hui par la plupart des médecins, pour hâter la guérison de la *phlegmatia alba dolens*. Le massage doit se faire non sur le trajet de la veine, mais sur les tissus ambiants œdématiés, sur les ligaments articulaires, etc.

« Le traitement local du cœur se fait au moyen de l'effleurage, des vibrations et est applicable aux névralgies cardiaques des dyspeptiques, des neurasthéniques, des intoxiqués (tabagiques, alcooliques). (Lucas-Championnière).

« *Maladies de l'appareil respiratoire.* — Les vibrations, les tapotements favorisent l'expectoration dans les bronchites chroniques.

« *Maladies de l'appareil digestif.* — Le massage,dans les affections de l'estomac, agit sur l'atonie motrice, sur la sécrétion ; il combat les troubles statiques (dislocation verticale), fait disparaîtres les gaz et les douleurs. Il est contre-indiqué chez les hyperchlorhydriques, dans l'ulcère et le cancer.

« Dans la constipation chronique, le massage, avec le régime, les lavements simples ou huileux, constitue le traitement par excellence.

« *Maladies du système nerveux.* — Atrophie musculaire des hémiplégiques ; atrophie musculaire progressive ; myopathies ; paralysie infantile.

« Maladie de Little, névralgies diverses : pétrissage dans les sciatiques et autres névralgies des membres ; frictions sur les nerfs du dos (rachialgie) ; massage de la tête dans certaines céphalalgies.

« Crampes des écrivains et autres crampes professionnelles.

« *Maladies de la nutrition.* — Le massage général est utile dans le diabète, la goutte, l'obésité ; ainsi que les massages locaux contre certaines manifestations de ces maladies.

« *Maladies de la peau.* — Le massage active la circulation sanguine et lymphatique cutanées ; par suite, facilite les échanges, provoque une active phagocytose, accélère la résorption des liquides épanchés. Il excite la sécrétion et l'excrétion glandulaires, le développement et la multiplication des éléments cellulaires (action kératoplastique), enfin, possède une action sur les terminaisons nerveuses de la peau. »

A côté du massage, nous devons une mention importante aux différentes méthodes de gymnastique.

« Les méthodes modernes de gymnastique, qui sont des procédés divers, dit M. Lucas-Championnière dans son journal d'octobre 1913, qui se disputent la prééminence et se disent scientifiques, sont toutes fondées sur l'empirisme. Avec plus ou moins de bonheur, elles ont groupé des exercices ou des documents d'origine empirique, elles leur ont adapté quelques notions tirées souvent de la pathologie, tirées aussi de l'anatomie et de la physiologie. Mais il n'y a aucune méthode qui ait pu être fondée de toutes pièces sur une doctrine scientifique et bâtie en raison d'une donnée scientifique nettement démontrée et acceptée. *Il n'y a pas de gymnastique qui mérite d'être dite scientifique.*

« Toutes sont nées de l'empirisme le plus pur, depuis les méthodes d'éducation rationnelle officielles et non officielles jusqu'à la pratique des sports, école de développement qui ne peut être négligeable, et que les éducateurs avisés n'ont pas négligée.

« La première notion fondamentale qui domine tout enseignement de la gymnastique est la suivante : « L'exercice répété sous toutes formes amène le développement du système musculaire, de la force du sujet, favorable au développement et à la santé de tout l'individu, si bien que le principe en peut être formulé par cet aphorisme audacieux du docteur Ruffier : *La santé par la force.*

« La pratique des exercices a fait constater le développement du système musculaire, qui en est le résultat le plus tangible et simultanément le développement de tous les organes. A ce moment, le médecin ne peut méconnaître chez le jeune sujet une influence « développatrice » sur toute l'économie, sur les poumons et sur leur contenant, la cage thoracique. Aussi conçoit-on facilement que l'on ait considéré comme associés dans la manifestation du développement l'accroissement des muscles et l'accroissement de la cage thoracique.

« De ces deux notions, l'évidence est telle qu'elle a frappé non seulement les éducateurs des temps les plus reculés, dont nous ayons connaissance, mais les peintres et les sculpteurs et les ont conduits à la recherche des formes caractérisant la puissance humaine et la perfection du développement.

« Aussi la gymnastique a-t-elle été de tous les temps.

« Deux systèmes, empiriques tous deux, bien qu'ils invoquent après coup des théories, dominent le développement et l'éducation musculaires :

« 1° Le système des poids lourds, qui aurait démontré que pour le développement musculaire, il faut augmenter le plus possible le travail

en puissance du muscle pour faire accroître son volume en vertu de ce qu'il appelle phénomène d'exagération de l'osmose ;

« 2° Système des poids légers qui poursuit le même but de développement par la répétition des contractions musculaires en médiocre tension sans amener le muscle à déployer toute sa puissance dans le travail habituel. Sans doute tous ceux qui adoptent cette doctrine admettent des variations dans la rapidité des contractions à rechercher dans leur durée. Mais tous rejettent le travail en haute énergie musculaire. »

Ces deux méthodes ont été tour à tour adoptées, puis critiquées ; ce sont la méthode française et la méthode suédoise.

Aujourd'hui, la gymnastique dite française, abandonnée à Joinville, est surtout pratiquée par des sociétés de gymnastique.

Elle comprend ordinairement l'usage des haltères, des massues, les barres parallèles, le trapèze, la barre fixe, les anneaux, le tremplin, l'échelle et l'échelle de corde ; la corde lisse et la corde à nœuds sont encore des appareils utilisés habituellement.

A ces appareils principaux, de nombreux appareils moins communs sont ajoutés.

On doit remarquer en outre que, dans la plupart des Sociétés, on a beaucoup multiplié les mouvements d'ensemble avec ou sans agrès, présentant les mêmes caractères élémentaires que beaucoup d'exercices des méthodes dites de culture physique.

La plupart des maîtres ont aussi adopté des mouvements respiratoires élémentaires.

Lors des démonstrations en public, on ne présente ordinairement que ceux de ces exercices qui ont un caractère athlétique, qui ne sont du reste abordables que par des athlètes et que souvent on a le tort de laisser faire par des sujets incapables de les exécuter.

Les divers reproches adressés à la gymnastique française portent surtout sur ses caractères de prétendu acrobatisme.

Le véritable reproche à lui adresser, c'est le manque d'uniformité, le manque de programme. Si la gymnastique devenait obligatoire dans l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, il faudrait de toute nécessité lui constituer un programme obligatoire, ce que font les sociétés confédérées.

L'absence de programme uniforme laisse trop à la volonté des éducateurs.

C'est l'écueil que les Suédois ont évité en adoptant une méthode uniforme dont certains mérites sont contestables, mais qui a l'immense avantage de rester identique à elle-même et toujours applicable à tous les sujets.

Les caractéristiques de la gymnastique suédoise (dite de Ling) sont les suivantes :

« Elle emploie constamment des mouvements très élémentaires et les cherche plutôt dans des attitudes que dans des mouvements coutumiers. Elle cherche les mouvements isolés des muscles, des masses lombaires, du cou, de la paroi abdominale.

« Elle multiplie les mouvements sans résistance.

« Cependant,tout en utilisant des agrès différents de ceux qui sont familiers à la gymnastique française, elle emploie un certain nombre d'agrès. Elle emprunte même des agrès aux objets usuels (bancs, tabourets). Mais ce sont tout de même des agrès permettant quelquefois des exercices très violents.

« Une des caractéristiques très particulières de la méthode suédoise, c'est l'importance donnée aux exercices élémentaires de respiration. Il faut reconnaître que bien que le thorax ait été visé dans toutes les méthodes de gymnastique, aucune n'a donné la formule simple des exercices respiratoires comme l'a fait la méthode suédoise, et toutes les méthodes actuelles emploient ces exercices élémentaires, en imitant absolument les Suédois avec quelques conditions différentes.

« La méthode suédoise, essentiellement progressive, excluant les mouvements très violents, a été codifiée de bonne heure. On lui a constitué une école avec des maîtres pratiquement instruits. Même les membres de l'enseignement en Suède et en Norvège n'ont pas dédaigné de prendre une part directe à son enseignement.

« Elle a eu deux fonctions très différentes qui se sont complétées. Une gymnastique est médicale, une gymnastique est éducatrice, sociale en quelque sorte. Elle a eu pour la race des résultats incontestables et incontestés.

« Aussi nombreux ont été ceux qui ont dit, en des pays divers : « Il faut emprunter la méthode suédoise, sans changements aucuns ». Certaines nations l'ont fait avec succès.

« Cela veut-il dire que la gymnastique suédoise soit sans inconvénients. On lui a reproché des attitudes exagérées et inesthétiques, même nuisibles à l'économie. Ici l'exagération est dans la critique.

« Comme toutes les formes de gymnastique à discipline très stricte, elle imprime un peu de raideur aux sujets. Ce n'est là qu'un bien mince défaut.

« Les exercices élémentaires trop constants ont le défaut plus grand d'être ennuyeux parce que leur but n'est guère compris de celui qui travaille. Il est donc certain que cette gymnastique, parfaitement ennuyeuse, acceptée aisément des sujets bien disciplinés, est mal faite par les sujets manquant d'esprit de discipline.

« Dans son action intime, elle a un défaut plus grave : l'insuffisance des mouvements de résistance. L'expérience m'a démontré, à moi

comme à beaucoup d'autres, qu'un certain degré de résistance (poids léger) est très favorable au développement musculaire.

« Dans la gymnastique primitive de Ling, les mouvements à deux (résistance) étaient plus communs. Ils ont disparu avec la gymnastique éducative, s'adressant à la fois à un grand nombre. Aussi quoique la gymnastique suédoise passe pour faire fi des agrès, quelques-uns, quoique différents de ceux employés par la gymnastique française, sont de plus en plus utilisés, et joignent aux exercices d'attitudes des exercices de résistance même violents.

« En somme, la gymnastique suédoise, excellente en elle-même, demande comme toute méthode à être appliquée avec une grande rigueur. Il peut arriver qu'elle s'adapte mal à la mentalité du sujet. J'ajoute volontiers que si elle n'est pas complétée par l'usage des sports elle reste imparfaite. »

Méthode de Hébert. — A côté de ces deux méthodes, nous devons, à l'exemple de Lucas-Championnière, recommander la méthode du capitaine Hébert, appliquée aujourd'hui au collège d'athlètes de Reims (Marquis de Polignac).

« Elle mérite à l'heure actuelle une place tout à fait à part parmi les méthodes d'éducation. Quoi qu'elle utilise des mouvements simples, *naturels*, dit-il, elle se rapproche surtout de la vieille gymnastique française. Mais elle participe aussi du sport ou des sports par la forme de ses exercices et par le système de lutte constamment mise en œuvre.

« Relève-t-elle d'une théorie nouvelle et différente de celle des autres méthodes ? Y a-t-il encore une théorie musculaire à lui appliquer ?

« Non seulement elle n'évoque aucune théorie physiologique, mais elle se réclame d'un empirisme bien affirmé, puisque M. Hébert professe que tout développement doit dériver seulement des mouvements naturels qu'il a empruntés aux sujets qu'il a vus se développer spontanément et en liberté.

Il va même si loin dans cette recherche que, dans ses épreuves destinées à la mensuration de la valeur physique, il ne demande que des épreuves accomplies par des mouvements naturels.

« Il y a là sans doute quelque chose de vrai. Cependant il faut bien savoir que cette recherche des mouvements naturels n'indique pas l'imitation servile de la nature et des mouvements spontanés, sans quoi il n'y aurait pas de méthode. Il n'y aurait pas non plus de résultats, car la donnée du problème n'est pas de mettre les sujets dans la condition où la nature les met, c'est-à-dire occupés exclusivement du matin au soir à se développer. Il faut rechercher par quels moyens artificiels, en suivant les nécessités de l'éducation, on peut obtenir pour le sujet un développement satisfaisant, même un développement athlétique.

« La particularité des exercices qu'il préconise est dans l'importance primordiale qu'il attache aux exercices de locomotion, marche, course et saut, aux exercices d'endurance comme à ceux de résistance à la suspension.

« Le grimper, le lancer, sont encore pour lui d'action capitale.

« La méthode de M. Hébert aurait peut-être plus qu'une autre le droit de se dire scientifique parce qu'il a cherché à établir de sérieuses mensurations de la capacité physique du sujet lui permettant de le classer et de mesurer le résultat obtenu, ce que l'on n'avait fait que très approximativement en mesurant les formes du sujet, plutôt que ses aptitudes.

« Ses douze épreuves, qui lui permettent d'établir la fiche physique du sujet, sont loin d'être des mensurations absolues et à l'abri de toute critique. Mais pourtant, on conçoit qu'elles puissent mettre de l'ordre dans la classification des sujets et apporter un témoignage et une preuve évidente des aptitudes et de la puissance acquise.

« Enfin, il est incontestable que sa méthode est une méthode complète qui peut se suffire à elle-même et accomplir toute l'éducation physique à elle seule. Cela tient à ce que cette méthode, à la différence des méthodes modernes de gymnastique ou de culture physique, participe des qualités des sports. La lutte est son élément fondamental, lutte contre la paresse, lutte contre le voisin pour la perfection de l'épreuve, lutte pour obtenir le pointage, c'est-à-dire pour assurer le progrès et la constatation de la croissance, pour l'amélioration générale de la fiche individuelle.

« Peut-être lui reprochera-t-on cette tendance qui pourrait avoir des inconvénients, provoquer des accidents. Une expérience déjà longue lui a montré que ces accidents ne se présentent pas plus chez les jeunes que chez les hommes faits.

« Il est incontestable du reste que la méthode pourra et devra s'adapter aux milieux comme elle s'adapte aux âges.

« C'est précisément au cours de cette adaptation qu'il est facile de reconnaître qu'une méthode ne peut s'écarter de toute autre d'une façon fondamentale. On voit, alors, la nécessité de certains exercices partiels. On retrouve, aussi, les exercices de respiration tant préconisés par les Suédois. Mais, il leur donne, en quelque sorte, un caractère naturel parce qu'il les recommande, non comme préliminaires aux autres exercices, mais comme consécutifs lorsque d'autres exercices ont amené le besoin de respirer. Il en cherche aussi les manifestations naturelles en faisant chanter les sujets au cours de l'exercice. »

— A côté de la gymnastique, M. Championnière recommande pour parachever la culture physique la boxe française, le bâton, l'escrime, les jeux de sport et surtout la bicyclette qui tonifient tous les muscles et n'a aucun des inconvénients qu'on lui a reprochés au point de vue des attitudes soi-disant défectueuses.

A côté de la gymnastique des membres et du rachis, dont on commence seulement à utiliser la valeur éducative et curative, il y a lieu de faire une large place, dans la thérapeutique usuelle, à la *gymnastique viscérale*, que trop peu de médecins emploient encore et qui, cependant, donne, elle aussi, de remarquables résultats.

« La gymnastique viscérale procède des mêmes méthodes générales que celle du squelette. D'une part, en effet, certains organes y sont soumis à des attitudes passives qui rectifient leur position et corrigent leurs troubles statiques. D'autre part, ils sont influencés plus activement par des excitations motrices, auxquelles ils réagissent et qui peuvent corriger leurs troubles dynamiques : ainsi se fortifient leurs systèmes d'attache, s'améliore leur contractilité musculaire. Ici encore doit s'appliquer l'adage fameux de Jules Guérin : « La fonction fait l'organe », adage qui, en kinésithérapie, peut s'exprimer ainsi : « Le développement de la fonction provoque le développement de l'organe. »

« Pareille gymnastique viscérale s'applique, à la fois, aux muscles extrinsèques et intrinsèques des différents organes, à leurs muscles striés et à leurs muscles lisses. La gymnastique du muscle lisse procède, d'ailleurs, des mêmes méthodes générales que celle du muscle strié, tout en tenant compte de leurs modes différents d'excitabilité.

« La gymnastique viscérale est, d'une part, non seulement musculaire et ligamenteuse, mais aussi glandulaire, tant sont intimement liées (principalement au niveau du tube digestif) les fonctions sécrétoires et motrices. »

MM. Carnot et Glénard ont réalisé à l'hôpital Tenon une série d'expériences de gymnastique gastrique, dont ils ont tiré les conclusions suivantes :

« On peut agir sur la forme et la situation, sur les systèmes d'attache et la contractilité de l'estomac par une série de méthodes de gymnastique viscérale :

« A. *La gymnastique de position* a pour principal intérêt d'utiliser certaines attitudes passives du corps pour redresser automatiquement diverses déformations gastriques (ptoses notamment), et obvier aux troubles consécutifs, pour faciliter le travail digestif et l'évacuation pylorique.

« Telles sont notamment les *positions couchées*, en décubitus dorsal ou ventral (qui diminuent le tiraillement dû à la position debout) ; le *renversement plus ou moins accusé de l'axe du corps* et, par là même, de la cavité gastrique (qui redresse l'estomac abaissé par le poids des ingesta en position debout) ; l'*inclinaison latérale gauche* (qui facilite le travail gastrique en soulageant à la fois le bas-fond et la région pylorique) ; l'*inclinaison latérale droite* (qui est, avant tout, une position d'évacuation, en rendant déclive le pylore).

« Ces diverses attitudes peuvent facilement se combiner, suivant telle ou telle indication pathologique.

« B. *La gymnastique de mouvements* utilise, pour renforcer le système de soutien et l'appareil moteur de l'estomac, des actions extra et intragastriques.

« *a*) Parmi les actions extragastriques, les unes intéressent la *paroi musculaire abdominale* : tels sont les mouvements de flexion et d'extension du tronc, des membres supérieurs ou inférieurs qui, en faisant contracter la sangle abdominale, agissent sur l'estomac et modifient la tension intragastrique. Les autres intéressent le *diaphragme*, et par son intermédiaire, l'estomac contigu, les abaissant (effort), les relevant (aspiration du ventre) ou faisant alternativement l'un et l'autre (gymnastique respiratoire).

« *b*) Parmi les *actions intragastriques*, les auteurs ont réglementé quelques types d'exercices intéressant à la fois l'élasticité et la contractilité de la cavité gastrique, par l'intermédiaire de *gaz* (insuffation et détente rythmées), de *liquides* (cures hydrominérales fractionnées de boissons salines et chaudes), de *solides* (percussion pilulaire ou grêle intragastrique).

« On pourrait, évidemment, imaginer maints autres moyens de redresser l'organe et de provoquer son fonctionnement moteur.

Ils n'indiquent pour le moment, que ceux-là, pris parmi les plus simples et les plus pratiques, en insistant surtout sur l'utilité de développer un organe moteur de l'importance de l'estomac par les procédés mêmes d'entraînement qu'on utilise si fructueusement pour les autres systèmes moteurs » (1).

Nous ne poursuivrons pas davantage aujourd'hui l'étude de l'immense domaine de la physiothérapie. Il nous suffira de cette revue succincte pour démontrer l'utilité pratique de cette nouvelle science : l'air, la chaleur, le froid, l'eau et le mouvement judicieusement appliqués font des merveilles thérapeutiques. Prochainement, nous indiquerons les prodiges que l'on peut obtenir par l'électricité, les rayons X, le radium, la lumière (électrothérapie, radiumthérapie, photothérapie).

Dr Paul HUGUENIN.

(1) *Paris Médical*, 17 janvier 1914.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

La lutte syndicale contre le charlatanisme.

Les difficultés de la répression de l'exercice illégal de la médecine. L'ingérence de la presse et des parlementaires dans l'administration de la justice.

Sed quum summus honor finito computet anno
Sportula quid referat, quantum rationibus addat :
Quid facient comites,quibus hinc toga,calceus hinc est
Et panis fumusque domi ? (1)
(JUVÉNAL.)

L'affaire Rochette mérite-t-elle tout le bruit qu'on a fait autour d'elle ? N'y a-t-il pas quelque hypocrisie à hurler au scandale quand chaque jour l'on peut constater de semblables abus, quand, dans chaque procès important, on peut relever les mêmes ingérences de la basse finance, de la presse et du pouvoir dans l'administration de la justice ? La répression de l'exercice illégal de la médecine nous en donne de nombreux exemples et l'on serait tenté de croire que c'est à leur propos que la Commission d'enquête de la Chambre des Députés a écrit dans ses conclusions ce passage :

« Si fâcheuse que soit en elle-même cette affaire, elle est surtout grave comme symptôme. Elle révèle un mal qui s'est manifesté d'ailleurs par bien d'autres signes et qui, si le pays ne réagit pas, ira se développant et s'approfondissant dans tout le système politique et social. *Elle atteste chez les gouvernants eux-mêmes le fléchissement du sens de la règle, le dédain des procédures normales et de l'indépendance de magistrats, d'ailleurs trop* DOCILES, *elle révèle l'influence démesurée de la finance* MÊME LA PLUS BASSE, *la confusion de la finance, de la presse et du pouvoir.* Tous les partis dans tous les pays, à l'insu même de l'immense majorité de leurs représentants,sont exposés à ces accidents déplorables. Tous, surtout ceux qui sont au pouvoir ou le plus près du pouvoir, sont exposés à ces influences pernicieuses et les oppositions elles-mêmes, à mesure que leur influence grandit, ne peuvent être assurées d'y échapper. »

Comme à l'époque de Juvénal, beaucoup trop de gens qui disposent de la Presse ou qui en dépendent tant au Pouvoir qu'au Parlement, réclament aux puissances d'argent de la finance, même la plus basse, la sportule qui doit satisfaire chez les uns des appétits insatiables, chez les autres (ce qui est infiniment triste) les ressources indispensables aux nécessités de la vie.

Ce sont ces misérables mœurs publiques que nous verrons s'étaler sans pudeur dans ce bref aperçu historique de la répression de l'exercice illégal de la médecine en France par les Syndicats médicaux.

***

Lorsque, le 1er avril 1892, l'article 13 de la loi sur l'exercice de la médecine nous donnant le droit de nous syndiquer, vint en discussion au Sénat, M. Loubet, alors Président du Conseil, qui connaissait par son frère, médecin de campagne, les besoins des praticiens, insista pour qu'on leur donnât le droit de bénéficier de la loi de 1884.

« Je ne crois pas m'avancer beaucoup, dit-il, en affirmant que ces sociétés (les Syndicats médicaux existaient déjà en fait depuis une dizaine d'années) n'ont que deux buts dont elles n'ont jamais dévié. Le premier d'établir entre les membres qui les composent des liens de confraternité, d'assistance et de secours en cas de malheur. Le second but qu'elles poursuivent — et je termine sur ce point en disant que la plupart du temps elles ont obtenu les résultats qu'elles avaient en vue, — le second but, c'était d'exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement la médecine, c'est là peut-être un but, non pas aussi élevé, mais aussi important pour le public, pour les malades, pour l'ensemble de la nation, que le premier l'est pour les médecins eux-mêmes. »

Donc la reconnaissance légale des Syndicats médicaux repose sur le devoir de réprimer l'exercice illégal de la médecine dans un but d'intérêt public.

Beaucoup de médecins syndiqués pensent, et non sans raison, que le charlatanisme ne porte pas un sérieux dommage aux médecins praticiens, mais tous sont convaincus qu'il est un danger public, qu'il compromet la santé des malades et sert de prétexte à de véritables escroqueries. Ce n'est donc pas au Syndicat médical que devrait incomber la tâche de réprimer l'exercice illégal, mais bien au Ministère public.

Cette doctrine est, évidemment, facile à dé-

(1) Si ceux qui ont atteint le faîte des honneurs supputent chaque année les produits de la sportule et de combien elle augmente leurs revenus, que peuvent bien faire les simples clients qui comptent uniquement sur elle pour s'assurer les nécessités de la vie.

fendre, surtout si l'on considère le Syndicat médical comme un organe d'étroite défense professionnelle ; elle s'accorderait bien du reste avec le principe qui nous est cher, de la liberté de confiance.

Mais on ne saurait soutenir cette opinion, en admettant (ce que nous avons toujours fait) que le Syndicat médical a le devoir de se préoccuper activement de l'hygiène et de la médecine sociales et de prendre en main la direction des mesures de protection sanitaire. C'est pour obéir à ce devoir qu'ils se sont eux-mêmes imposés, que les Syndicats médicaux se sont efforcés de remplir la tâche toujours difficile et parfois dangereuse de la répression de l'exercice illégal.

***

D'abord les Syndicats médicaux se bornèrent à poursuivre localement quelques vagues rebouteurs, quelques bonnes sœurs, trop ignorantes et trop zélées, dont les méfaits devenaient dangereux pour le public. Ils s'attirèrent ainsi la haine des hobereaux, des politiciens de tous les partis qui escomptaient l'appui électoral des diseurs de bonne aventure et autres illégaux. Ils se heurtèrent à la prodigieuse inertie des parquets et à l'indulgence inconcevable des tribunaux.

Mais, avec le procès des magnétiseurs, la répression de l'exercice illégal prit une autre envergure.

Se basant sur les travaux de la Commission qui, à la Chambre des députés, élabora la loi de 1892, les magnétiseurs, organisés en syndicats, écoles et sociétés actives, prétendirent avoir le droit de soigner les malades ; divers procès, engagés notamment dans la Sarthe et à Angers, furent suivis de l'acquittement des magnétiseurs.

Il fallut un arrêt de la Cour de Cassation, obtenu à grand peine en 1901, après plusieurs années de débats judiciaires, pour fixer la jurisprudence sur ce point.

Dans ce mémorable procès, quelques hommes politiques et plusieurs journaux défendirent avec acharnement les magnétiseurs.

A la suite d'un Congrès tenu par ces derniers, un de leurs organes lyonnais, la *Paix Universelle*, prit l'initiative d'une pétition à la Chambre pour demander la révision de la loi de 1892. La *Libre Parole* (21 oct. 1901), l'*Eclair* (26 nov. 1901) présentèrent la défense des magnétiseurs et attaquèrent violemment les médecins. Mais, dans ce cas, les attaques de la presse et des praticiens avaient l'avantage de ne reposer qu sur une opinion, déplorable à notre avis, mais en somme défendable, et l'intérêt matériel ne paraissait pas être en jeu. C'était relativement propre.

Depuis, le Syndicat des médecins de la Seine s'efforça de donner une impulsion plus vive à la poursuite du charlatanisme. Le Dr Ch. Levassort, ayant pris la direction du service de la répression de l'exercice illégal de la médecine, constata que Paris était le quartier général des grands illégaux qui, de là, dirigeaient sur tout le pays leur exploitation sans vergogne. Paris ne pouvait, ni ne devait donc à lui seul soutenir toute la lutte. Avec le concours de Brouardel et de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Dr Ch. Levassort organisa le Congrès pour la répression de l'Exercice illégal de la médecine qui se tint du 25 au 30 mai 1906. Très bien organisé, ce Congrès eut un succès qui dépassa les limites du monde médical et il en sortit l'*Office pour la répression de l'Exercice illégal*. Cet office, subventionné par un grand nombre de Syndicats médicaux, fut pendant plusieurs années fort habilement dirigé par le Dr Ch. Levassort, lui-même.

Sous cette impulsion nouvelle, le Syndicat des médecins de la Seine entreprit sérieusement la poursuite des requins de la médecine, selon l'énergique expression du Dr Sentourens, c'est-à-dire des grands exploiteurs de la crédulité publique. Mais ces forbans étaient supérieurement organisés, ils s'étaient assuré la protection de la grande presse par une publicité très largement payée ; par elle, ils disposaient des parlementaires et du pouvoir et ils se crurent pendant longtemps à l'abri de toute menace. La lutte syndicale contre le charlatanisme entra alors dans une nouvelle phase dont la violence remplit encore aujourd'hui de ses échos les prétoires.

***

De timides tentatives avaient été faites, à l'origine du Syndicat des médecins de la Seine, contre de prétendus instituts pour la guérison de la surdité par le Dr Léon Duchesne qui, avant le Dr Ch. Levassort, s'était dévoué à la besogne ingrate de poursuivre les illégaux. Mais devant le mauvais vouloir du Parquet, le Syndicat, alors peu important et par suite sans ressources, n'avait pu s'engager dans une lutte inégale.

Le Dr Léon Duchesne dut reporter son activité sur des soigneurs de moindre importance et le Zouave Jacob, de légendaire mémoire, fut

pendant un temps l'objet de sa persévérante sollicitude.

Le premier grand procès, entrepris par le Syndicat, fut intenté à une association d'étrangers qui, sous la raison sociale d'un prétendu docteur américain avec une organisation supérieure et une méthode toute scientifique, mettait en coupe réglée la sottise de toutes les classes de la Société française.

Ces « braves gens », dans un but évidemment humanitaire, donnaient par correspondance des consultations à tous les malades et leurs vendaient à haut prix une succession d'appareils prétendus électriques, formés de piles sèches inoffensives montées en ceinture, augmentées de tout un attirail d'annexes selon les circonsfances. Ils rendaient ainsi la force et la vigueur. Sans être grand prophète, on pouvait dès lors prévoir le succès de l'entreprise du jour où des articles suggestifs, illustrés de figures montrant le fluide qui fulgurait de tous les côtés, eurent répandu dans tous les grands journaux la nouvelle de cette « grande découverte ».

Les gogos affluèrent dans les salons des associés, les lettres s'entassèrent dans leurs bureaux. Généraux, prélats, magistrats, duchesses authentiques, hommes de lettres, même de science, députés et sénateurs, commerçants et industriels vinrent quémander à cette industrie électrique, la vigueur et la puissance que l'âge ou la maladie leur avait traîtreusement supprimées.

Le Syndicat des médecins de la Seine, écœuré par les actes de véritables escroqueries qu'on lui signalait chaque jour, porta plainte en 1907.

Malgré les réclamations incessantes des avocats du Syndicat, qui s'était porté partie civile, malgré les démarches du Dr Ch. Levassort, l'instruction n'avança pas. C'est qu'il y avait dans la coulisse tout un lot de gens puissants, parlementaires ou autres, qui, pressés par les journaux dans lesquels les illégaux faisaient une copieuse publicité, intervenaient auprès des magistrats et faisaient au besoin pression sur la chancellerie.

Qu'aurait pu répondre le Dr Ch. Levassort au juge d'instruction qui lui aurait brutalement dit : « Sans doute, Monsieur, vous avez raison ; ces gens exploitent indignement la naïveté de nos compatriotes, mais que puis-je faire ? Je ne puis oublier, moi, que j'ai une famille et que je dois pour elle songer à mon avancement. »

Les années et les juges d'instruction se succédèrent ; certains de ces derniers atteignirent le faîte des honneurs et purent s'asseoir dans un fauteuil à la Cour suprême.

Un coup de théâtre précipita les événements. Une dame, employée comme dactylographe par nos compères, eut gravement à se plaindre d'un des Directeurs de la bande. Ne pouvant obtenir justice, elle se décida à l'action directe et ne craignit pas de tirer quelques coups de revolver sur cet homme puissant qu'elle ne pouvait atteindre autrement. Le mari de cette dame, fort de relations anciennes avec le garde des sceaux d'alors, mit les magistrats dans l'obligation de traduire sa femme devant la Cour d'assises, alors que de ténébreuses puissances s'efforçaient de correctionnaliser l'affaire pour éviter un débat trop bruyant. La défense de l'accusée, qui fut acquittée, dévoila des choses fort intéressantes, versa aux débats tous les documents nécessaires que n'avaient pu, avec leurs pouvoirs discrétionnaires, se procurer les juges d'instruction. Ces documents permirent de mener à bien les poursuites intentées à la fois pour exercice illégal de la médecine et pour escroquerie.

Ce procès dont l'instruction seule avait *traîné* trois ans, dura en tout cinq années, pendant lesquelles l'association en question continua plus que jamais ses fructueuses affaires.

Mais la Grande Presse, privée de plusieurs centaines de mille francs de publicité le lendemain de la condamnation en appel, garda une féroce rancune aux Syndicats médicaux et déchaîna contre eux une meute famélique de politiciens, bons à tout faire, qui s'enrichissent ou simplement vivent de ses aumônes, comme les clients et même les hauts fonctionnaires vivaient jadis à Rome de la sportule des parvenus enrichis par le crime et la délation.

Le courageux secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, le Dr Tourtourat, dans le *Bulletin syndical* de juin 1912, annonçant la condamnation des illégaux, osait terminer par ces phrases :

« A une époque où une certaine publicité — puissant agent de démoralisation — a su faire taire bien des voix qui auraient dû rester indépendantes, il faut qu'on sache que les Syndicats médicaux ne craignent pas — et ne craindront pas davantage à l'avenir — d'exprimer hautement leur opinion dans l'intérêt supérieur de la santé publique.

Il faut qu'on sache qu'ils ont longuement pesé et depuis longtemps prévu les conséquences que leur action sur ce terrain peut entraîner.

Mais ils se considèrent de plus en plus comme

l'émanation même de la conscience médicale et ils ont confiance dans l'opinion publique, à laquelle ils sauront au besoin faire appel et qui ne se laissera pas égarer. »

Le Syndicat des médecins de la Seine, sans se laisser troubler, poursuivit sa besogne. Il s'attaqua à d'autres institutions semblables.

Cestains juges d'instruction trouvèrent alors ce Syndicat bien encombrant. Pour alléger leur besogne, ils commirent des experts qui devaient eux-mêmes préparer l'instruction. Dans un discours de rentrée, M. l'avocat général Maxwell se plaignit de ce procédé (1).

En bons confrères, les experts multiplièrent les vacations et élevèrent formidablement les frais d'expertise. Dans une affaire C., trois experts, attachés à notre illustre Faculté à des titres divers, demandèrent pour un premier rapport : *Deux mille cent francs, puis quatre cents francs* 60 cent. pour un second rapport, le premier ayant été jugé insuffisant. Ce ne fut pas tout, l'avis d'un électrogiste était indispensable en l'espèce. Ce dernier clôtura les frais d'expertises par un troisième rapport du coût de 400 fr. 60.

Et le Syndicat des médecins de la Seine dans cette unique affaire, parce qu'on avait exigé qu'il se portât partie civile, pour suivre le procès, dut déposer 2.951 *fr.* 80, *dont* 2.901 *fr.* 20 *pour frais d'expertises.*

C'était établir l'impossibilité de poursuivre la répression de l'Exercice illégal. Nos bons confrères experts, sur nombre desquels Diverneresse nous a copieusemnt documentés, venaient donc inconsciemment à la rescousse pour arrêter l'action syndicale.

Mais, à la tête de nos groupements syndicaux, sont parfois des gens de volonté etd'énergie et la répression des grands illégaux se poursuivit quand même.

Un autre procès fameux tint alors la scène du Palais de Justice et causa encore à la publicité des grands journaux parisiens un important dommage. Un peu désorientés par cette persistance du Syndicat des médecins de la Seine, les défenseurs de la partie adverse eurent recours à un autre procédé : la calomnie. Mélangeant dans une commune réprobation toutes nos Sociétés médicales, dont cependant l'autonomie est parfaite, ils tentèrent de les déshonorer en bloc. Dans les articles tendancieux signés *Le Vieux Docteur,* articles qui étaient censés rendre compte des débats judiciaires, ils prêtèrent au substitut, sur certaines sociétés, des idées qu'il n'avait pas émises. Avec des lambeaux de phrases, des textes tronqués, empruntés à l'*Annuaire* du Syndicat des médecins de la Seine, ils osèrent prétendre que nous avions donné au médecin qui s'installe les singuliers conseils que nous allons énumérer :

1° *De recommander les produits de l'Agence de publicité du* Concours médical.

Ce qui est stupidement faux, le *Concours médical* étant un journal et non une Agence de publicité et ne possédant aucun produit.

2° *De toujours faire une ordonnance auprès d'un malade même quand elle ne serait pas utile ; dans ce cas de prescrire une ordonnance hygiénique.*

Alors que nous avons écrit les lignes suivantes dont nous n'avons pas à rougir, dans le *Guide sommaire du médecin praticien,* publié dans le *Progrès médical* de novembre 1908 et reproduites dans l'*Annuaire du Syndicat des médecins de la Seine* :

Prenez un soin particulier, jeune confrère, de la rédaction de vos ordonnances, ayez une sorte de coquetterie à bien les formuler, vos clients vous apprécieront d'autant mieux que vous ne leur laisserez aucune indécision dans l'exécution des soins que vous leur conseillerez, et le pharmacien, qui, à tort ou à raison, souvent à tort, prononce sur le médecin des décisions sans appel, vous jugera d'après vos prescriptions.

Il est des médecins qui n'aiment pas prescrire. Certes, un vieux médecin, sûr de son autorité sur le malade, qui le connaît et a en lui une confiance aveugle, peut se borner à donner de vive voix quelques conseils et sortir sans faire de prescriptions. Mais un jeune médecin aurait tort d'agir ainsi, il serait taxé d'ignorance ou de négligence. Je ne veux pas dire qu'il est indispensable de fatiguer l'estomac de médications inutiles, de ruiner un malheureux par l'achat de drogues aussi nombreuses qu'inefficaces. Evidemment non. Mais croyez-en ma déjà vieille expérience, le malade a besoin d'être rassuré, d'être occupé. A défaut de médicaments héroïques, donnez à votre client des médicaments anodins remplissant, si vous le voulez, des indications hygiéniques ou secondaires, mais ne laissez pas supposer au malade qu'il n'y a pas de remèdes à son mal, de soulagement à ses souffrances. Il faut faire dans le traitement des malades une part énorme à la psychothérapie, et méconnaître ce facteur de soulagement et de guérison est faire preuve d'une

(1) Voici les paroles de ce magistrat :
« Cela fait environ 458 affaires par cabinet d'instruction, ce qui est excessif. De là beaucoup d'informations incomplètes et une tendance trop marquée à commettre un expert uniquement pour préparer l'instruction, par quoi l'on détourne l'expert de sa véritable mission et on augmente considérablement les frais de justice ». (*Echo de Paris,* 3 octobre 1911.)
(Citation empruntée au Rapport du directeur de l'Office de répression de l'exercice illégal (oct. 1911).

bien faible connaissance de l'homme et surtout du malade. »

On nous a accusé encore de conseiller de pratiquer la dichotomie.

Voici ce que nous avons écrit à ce sujet dans le même guide :

« Malgré tous ces droits, tous ces prétendus privilèges (médecin créancier privilégié, prescription), le recouvrement des honoraires par voie judiciaire est toujours fort dispendieux ; d'autre part, certains juges apprécient à leur façon les notes des médecins et ne craignent pas de les réduire dans de très notables proportions.

Ceci explique pourquoi certains chirurgiens exigent le payement comptant, parfois même avant l'opération. Ceci explique encore pourquoi beaucoup de praticiens, craignant de voir leur note contestée à la suite d'une intervention chirurgicale, demandent à l'opérateur de leur réserver un quantum sur le chiffre de leurs honoraires. Cette pratique, appelée *dichotomie*, a été très diversement appréciée dans le Corps médical. L'*Association amicale des médecins de la banlieue-ouest de Paris* a récemment réglé cette question en décidant que le chirurgien doit ajouter à sa note le chiffre des honoraires du médecin traitant pour l'aide et le concours prêtés par lui durant l'opération et ce chiffre doit s'élever au tiers du total des honoraires que réclame le chirurgien. Nous trouvons cette solution légitime et personne ne saurait la désapprouver, le malade en étant averti. »

On a fait plus, on a affirmé encore que nous avions conseillé *de mentir, si besoin, auprès du malade.*

Certes oui, il est des cas où le médecin doit mentir à son malade et nous ne craignons pas de donner encore ce conseil. Voici d'ailleurs ce que nous avons écrit

« Devant le malade, il est permis au médecin de mentir ; selon moi, c'est le devoir absolu du médecin d'entretenir précieusement l'espoir de la guérison. Mais vous devez aux proches du malade la vérité tout entière, et quel que soit votre optimisme, vous devez faire entrevoir la possibilité des complications et réserver prudemment le pronostic.

Défiez-vous néanmoins de jouer au médecin Tant-Pis. Les beaux succès que vous pourrez vous attribuer avec trop de facilité n'auront qu'un temps, et vous serez ainsi vite jugé à votre valeur. Sans montrer une trop grande modestie, acceptez avec le même sourire sceptique les éloges exagérés et les reproches injustes et rappelez-vous le mot d'Ambroise Paré *Je le pansai, Dieu le guarit..* ».

***

Faut-il être pauvre d'arguments pour en venir à de pareils procédés ? Nous les livrons, sans commentaires, à l'appréciation des 25.000 médecins français sous les yeux de qui pourront tomber ces lignes ; comme nous les livrons à celle de tous les honnêtes gens.

Mais pourquoi nous indigner ?

Si dans le *Matin* du 28 mars a paru ce singulier compte rendu du procès Macaura (1), par contre l'*Humanité* du 8 mars avait déjà publié l'entrefilet suivant qui jette quelque lumière sur les motifs de la rage les défenseurs de Macaura :

La presse d'aujourd'hui.

Le docteur Mac-Aura est, on le sait, poursuivi pour exercice illégal de la médecine et escroquerie. Les débats continuent et hier les plaidoieries commençaient.

Un avocat, Me Groslard, qui plaide pour le Syndicat des médecins lésés, prit la parole et signala ce fait intéressant :

« Nous n'avons pas en face de nous, dit-il, M. Mac-
« Aura, mais, en réalité, c'est une Société occulte qui
« tient la publicité de 600 journaux et qui s'est
« servi du docteur Mac-Aura pour faire une gros-
« se affaire de publicité. Les grands du jour la diri-
« gent et, si l'on insiste, nous dirons les noms. »

Un certain mouvement se produisit à cette révélation, puis l'on renvoya à huitaine la continuation des plaidoieries.

Ces « grands du jour » dont Me Groslard a menacé de dire les noms, sont ceux-là même qui intervenaient pour entraver l'instruction du premier grand procès auquel nous avons fait précédemment allusion.

Où en sommes-nous descendus pour que des gens qui ont la prétention de diriger la France se soient abaissés à vivre ou à s'enrichir des subsides extorqués aux exploiteurs de malheureux malades qu'ils concourent à tromper par une publicité de mauvais aloi ?

Avons-nous eu tort de placer en exergue de cet article les vers cinglants de Juvénal, qui sont à ce jour d'une singulière actualité ?

***

Nous avons tenu à éclairer nos confrères sur les difficultés que l'on rencontre dans la répression de l'exercice illégal quand on ose s'attaquer à ces associations internationales parfois absolument étrangères, disposant de gros capitaux pour acheter la presse, la conscience d'hommes politiques puissants et faire ainsi pression sur les magistrats appelés à poursuivre et à instruire les crimes et les délits et même à les juger.

(1) Compte rendu que nous avons reproduit *in extenso* dans notre numéro du 5 avril 1914 (page 911) pour édifier nos lecteurs.

Nous osons espérer qu'après le scandale de l'Affaire Rochette, à laquelle les procès que nous venons de signaler n'ont absolument rien à envier, les magistrats sentiront leur conscience libérée et pourront juger en toute indépendance.

Quant à nous, avec une froide et tenace volonté, nous continuerons, comme nous l'avons déjà nettement affirmé, d'accomplir notre besogne d'assainissement social contre tous ceux qui rêvent de nous asservir pour satisfaire en sécurité leurs appétits ou leurs ambitions.

A l'époque des élections nous avons cru de notre devoir de donner ces explications à nos confrères.

Ils se rendront compte que ce n'est pas sans raison que nous affichons depuis quelque temps pour *les politiciens de tous les partis* le plus profond mépris. Certes, il est parmi eux des exceptions honorables ; mais nous devons reconnaître que l'ambition de beaucoup ne dépasse guère le désir de s'enrichir à l'occasion des dépouilles de quelques citoyens.

Pour cela, ils disposent avec la presse d'armes perfectionnées, ils peuvent sans risque se livrer à leurs fructueuses opérations.

Pour l'honneur et l'avenir de la France et de la République, en bons citoyens, nous et nos amis souhaitons un large assainissement parlementaire.

J. Noir.

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE & LE SOU MÉDICAL

Le Sou Médical débourse pour un de ses adhérents 8.895 fr. 15.

La presse, — la profane aussi bien que la médicale —, s'occupe depuis plusieurs jours de l'extravagante et invraisemblable condamnation à 20.000 fr. de dommages-intérêts prononcée par le Tribunal civil de la Seine contre un médecin, M. le Dr Jacoel, coupable d'avoir commis une erreur de diagnostic, en traitant pour une affection intestinale une malade atteinte d'affection pulmonaire, et qui, d'ailleurs, et malgré cela, — des ironistes n'hésiteront pas à dire *à cause de cela*, — a parfaitement guéri.

Jugement prononcé par défaut, hâtons-nous de le proclamer, sans que le confrère attaqué et condamné se soit défendu, et sur lequel le Tribunal reviendra sans doute sur opposition, mais qui n'en témoigne pas moins d'une singulière mentalité chez nos bons magistrats.

Je m'étonnais un jour devant un de mes amis, excellent psychologue à ses heures, de l'animosité, de l'animadversion que les juges semblent professer presque systématiquement contre les médecins. « Vous vous étonnez, me répliqua-t-il ? Combien vous avez tort ! Comprenez donc que le magistrat est jaloux de l'espèce de pouvoir discrétionnaire que le médecin possède sur son malade, et auquel, lui, magistrat, n'échappe pas à l'occasion. Aussi, prend-il volontiers sa revanche. Dès qu'il en tient un entre ses pattes, il ne le lâche pas, ou bien, c'est qu'il ne peut faire autrement... ».

Il faut bien qu'il y ait quelque chose de cela, pour expliquer les faits extraordinaires auxquels il nous est donné d'assister, voire de participer, depuis quelques années.

Car les condamnations à 20.000 francs de dommages-intérêts ne courent sans doute pas les rues, mais se voient parfois. La dernière remonte à quelques semaines seulement.

Voici les faits qui l'ont motivée.

Un médecin soigne une conjonctivite folliculaire au moyen de cautérisations au crayon de nitrate d'argent. Il en résulte des ulcérations cornéennes dont la cicatrisation diminue la capacité visuelle monoculaire *dans une faible proportion*, disent les experts. Retenez bien ce détail. La responsabilité du médecin est mise en cause et retenue par le tribunal de première instance, parce que l'oculiste aurait négligé de neutraliser l'action du nitrate d'argent par un lavage suffisant d'eau salée. Ce serait la faute lourde prévue par le Code, art. 1382, dont réparation est due ; le préjudice subi par le malade a été évalué à 20.000 francs.

L'affaire a été portée devant la Cour d'appel et plaidée par un avocat de grand talent et de grand renom. Le jugement de la première juridiction a été purement et simplement con-

firmé. La condamnation est donc définitive, sauf recours éventuel en Cassation.

Aux 20.000 francs de dommages-intérêts, accordés par deux juridictions successives, il faut ajouter tous les frais, mis à la charge de la partie qui succombe, et qui se sont élevés à **six mille huit cent quatre-vingt quinze francs, quinze centimes**, 6.895 fr. 15.

Le médecin condamné fait partie du « Sou médical ». Ce sont les avocats de cette Ligue de défense et de protection qui ont tout d'abord conseillé notre confrère et dirigé la procédure. Puis, quand, malgré leurs efforts, la partie a été perdue, *c'est la Caisse du Sou médical qui a supporté le montant des frais ci-dessus définis et qui, de plus, a versé deux mille francs,* maximum actuel de la garantie qu'elle accorde contre les risques de dommages-intérêts.

Le « Sou médical » se trouve avoir ainsi déboursé 8.895 fr. 15 pour un de ses adhérents.

Tout comme le mouvement se prouve en marchant, l'utilité et les bienfaits du « Sou médical » se démontrent par l'énoncé d'une simple somme d'argent, sans parler du réconfort moral que représente pour l'isolé l'appui d'un puissant groupement confraternel, et qui a bien son prix.

Mais, pourrait-on dire, ce que le « Sou médical » a fait en la circonstance, d'autres assurances sont toutes prêtes à le faire. Distinguons. Dans la défense et la protection du médecin pris individuellement, il faut établir le départ entre les cas dans lesquels il est poursuivi, et ceux dans lesquels, ayant subi un dommage, il doit prendre l'initiative des poursuites. Tantôt il est défendeur, tantôt demandeur. Or, les Assurances n'interviennent qu'en faveur de leur assuré poursuivi ; jamais, par contre, s'il entend se faire rendre justice. *Seul, le « Sou médical » est bon aussi bien pour l'attaque que pour la défense.*

D'autre part, les Assurances, mises en face d'une poursuite intentée à leurs assurés, cherchent toujours à transiger amiablement. Elles partent de ce principe qu'une transaction même médiocre vaut toujours mieux qu'un bon procès. Or, si cela peut être soutenu au point de vue pécuniaire, il n'en saurait être de même au point de vue moral. Une transaction acceptée par un médecin dont l'honorabilité, la réputation, la situation, peuvent être en jeu, est détestable ; elle constitue dans une certaine mesure comme une sorte d'aveu de culpabilité dont il sera exposé à souffrir : « Allez ! Allez ! disent les bonnes âmes. S'il avait été si sûr de lui, il n'aurait pas transigé. »

Le Sou médical ne transige jamais.

Enfin, les Assurances ordinaires sont avant tout des entreprises commerciales et financières qui cherchent à réaliser des bénéfices pour rémunérer un nombreux personnel et distribuer des dividendes à leurs actionnaires.

Le « Sou médical » consacre la totalité de ce qu'il reçoit de ses adhérents. Il ne thésaurise pas, et s'il constitue des réserves, c'est pour alimenter la caisse de garantie contre la responsabilité professionnelle et pour faire face aux dépenses extraordinaires qui se présentent éventuellement.

Les Assurances ordinaires font signer à leurs assurés des polices dans lesquelles figurent, plus ou moins dissimulées, des clauses de résiliation, qu'elles savent faire jouer lorsque leur intérêt est en jeu.

Le « Sou médical » ne résilie jamais, car il ne fait pas signer de polices.

Enfin les primes réclamées par les Assurances ordinaires sont variables selon les sommes garanties et relativement élevées.

Le « Sou médical » comporte une modeste cotisation annuelle de *vingt francs.*

Quel est le médecin qui n'a pas 20 francs à dépenser par an, pour s'assurer contre les risques professionnels ?

Mais, quel est le médecin qui peut affirmer, par les temps que nous vivons, qu'il ne sera jamais l'objet de poursuites de ce chef ?

L'adhésion au « Sou médical » est bien plus importante pour le médecin que l'assurance contre l'incendie. Le risque d'incendie est de nos jours des plus rares. On sait généralement qu'on a de grandes chances de ne pas brûler, et cependant, on n'hésite pas à inscrire dans son budget annuel une dépense plus ou moins élevée pour se prémunir contre un danger qu'on ne courra probablement jamais. Il doit en être exactement de même pour le médecin, qui est bien plus exposé à se voir rendre judiciairement responsable de ses gestes professionnels, et que le « Sou médical » protègera efficacement en pareil cas.

Dans le jugement qui a motivé l'intervention aussi agissante du « Sou médical », nous avons dit que la capacité visuelle de l'intéressé avait subi une diminution insignifiante, pour laquelle une indemnité de 20.000 francs lui a été accordée. Or, lorsqu'un ouvrier de l'industrie est victime d'un accident du travail qui lui fait

éprouver une diminution de la vision monoculaire équivalente à un dixième, *les tribunaux ne lui accordent aucune indemnité, aucune réparation, aucune rente.*

Il y a donc deux poids et deux mesures dans la justice française. Mais pourquoi nous en montrerions-nous surpris ? Il y a beau temps que La Fontaine l'a dit :

Suivant que vous serez puissant ou misérable....

C'est égal ! Le « Sou médical » a payé la part qui lui incombait dans ce procès. Il se réserve le droit de maudire, et pour plus de vingt-quatre heures, les juges qui ont si largement réparé une incapacité partielle qui fut considérée, en d'autres prétoires, comme quantité parfaitement négligeable.

***

Cette malédiction, adressée au juge de droit commun n'est pas une révolte contre l'idée même de justice et de répression. Elle s'appuie surtout sur l'incompétence absolue des tribunaux pour apprécier impartialement dans quelle mesure est engagée la responsabilité professionnelle d'un médecin. Sans doute, les magistrats recourent-ils volontiers aux lumières des experts, mais ils se réservent le droit, dont ils usent assez souvent, de ne pas adopter les conclusions des rapports d'expertise ou ne de les adopter que partiellement.

Le Général Toutée écrivait récemment dans le *Matin* un leading article dans lequel il plaidait pour le mécanicien du train tamponneur de la récente catastrophe de Melun. Il rappelait à ce propos que les militaires ont obtenu d'être jugés par leurs pairs, tellement ils avaient été victimes de jugements iniques rendus par les tribunaux révolutionnaires de 1792.

Et il ajoute, par comparaison :

« Et au surplus pourquoi donc les mécaniciens, hommes de devoir et de danger, comme les soldats, comme les marins, ne verraient-ils pas comme ceux-ci leurs fautes professionnelles jugées par leurs pairs ? Que si l'on peut reprocher aux conseils de guerre ou aux conseils maritimes une indulgence excessive, qu'on se contente alors d'adjoindre aux juges du siège saisis d'un accident de chemin de fer une minorité d'assesseurs professionnels. »

Mais cette comparaison, il ne l'étend pas aux médecins dont il dit seulement qu' « eux aussi sont homicides professionnels ; toujours, en définitive, vaincus par la mort dans leur profession, les médecins ont obtenu sinon d'être jugés, par des médecins, du moins de ne pouvoir être frappés correctionnellement qu'en cas de *faute lourde.*

Et c'est regrettable, car nous adoptons très volontiers l'idée de la justice rendue par les pairs de l'inculpé dans toutes les questions professionnelles, pour l'appréciation desquelles il faut une compétence reposant sur des connaissances techniques indiscutables.

Donc et pour terminer, les fautes professionnelles des médecins devraient être soumises à des tribunaux composés de médecins, en totalité ou en partie ; ces tribunaux ne seraient ni plus ni moins tendres que les tribunaux ordinaires. Nous inclinons même à croire que s'ils tombaient dans un excès, ce serait celui de sévérité, et non celui d'indulgence, . En tous cas, s'ils avaient à taxer la réparation due à un malade dont la capacité visuelle, *très diminuée avant l'intervention médicale, n'a subi du fait de celle-ci qu'une diminution supplémentaire tout à fait insignifiante* (voir rapports des experts), nous sommes convaincus qu'ils hésiteraient longtemps avant de formuler une somme de plusieurs milliers de francs, qui représente ce qu'un praticien de situation moyenne met de 2 à 3 ans à gagner...

G. Duchesne.

LA MORBIDITÉ CHEZ LES MÉDECINS

Dans une étude précédente j'ai réfuté cette assertion erronée que le *médecin n'était pas malade* ; je voudrais aujourd'hui rechercher dans quelle mesure il est exposé au risque maladie. Je m'appuierai encore sur les chiffres qu'une expérience de vingt années a donnés à la combinaison MA de la Mutualité familiale du Corps médical français.

Si, chaque année, on classe par leur âge actuel les sociétaires, on peut savoir combien ils ont fourni de journées de participation et combien ils ont donné de journées de maladie dans chaque année d'observation. On verra, par exemple, que les membres qui ont eu 40 ans en 1913 ont donné, pour cette année, 25.958 journées de participation et 633 journées de maladie. Qu'on additionne ensuite les totaux fournis par cet âge d'observation de 40 ans pendant les vingt années de durée de la Société, on trouvera 181.287 journées de participation et 3.694 journées de maladie. Les chiffres, sans être encore très éle-

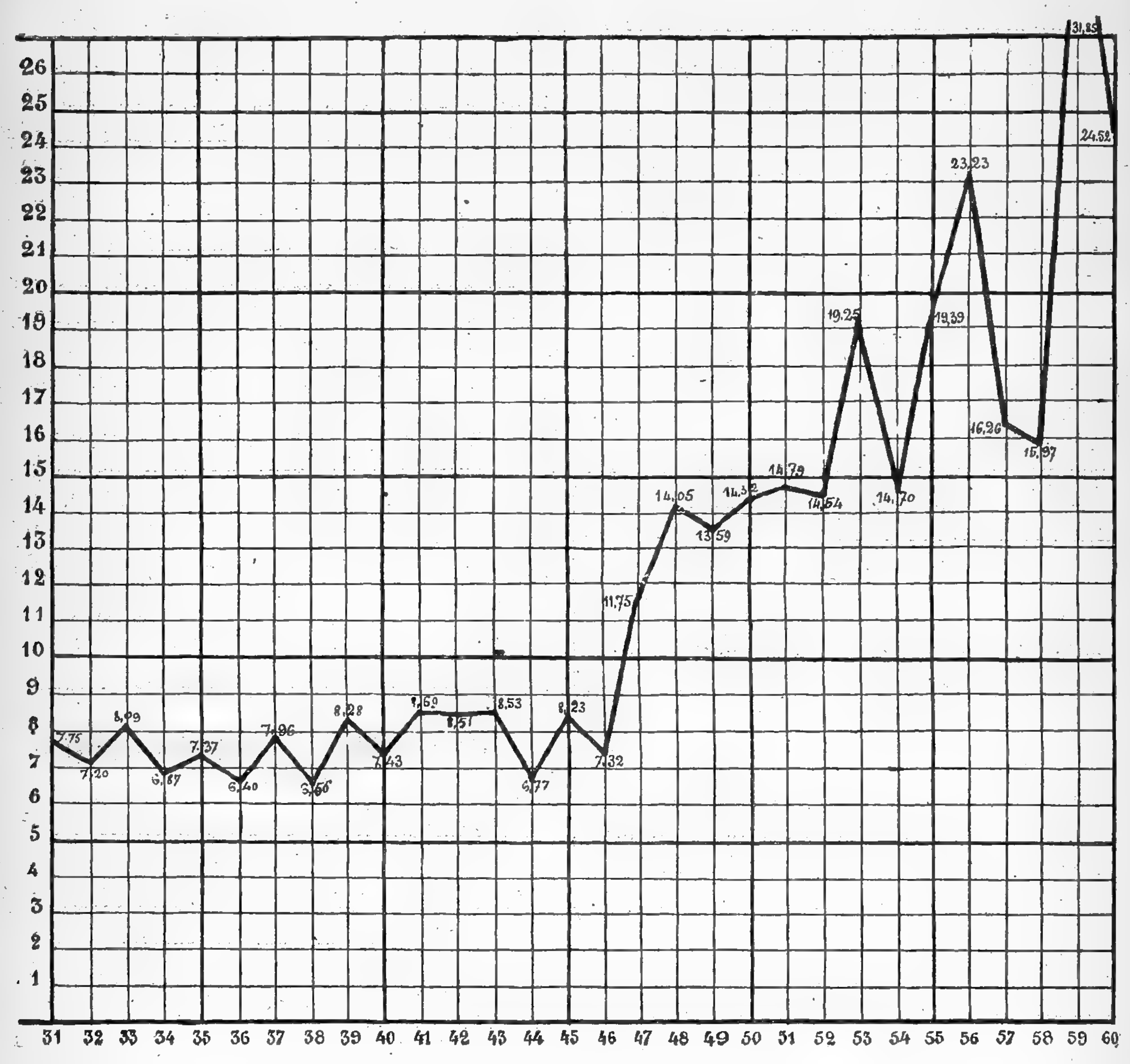
vés, le sont cependant assez pour permettre d'écarter dans une certaine mesure les causes occasionnelles et de calculer la morbidité annuelle moyenne : celle-ci est de $\frac{3.664 \times 365}{181.287} = 7{,}43$ pour la quarantième année.

Ce même travail fait pour tous les âges donne la table de morbidité de la Société.

J'ai groupé dans un graphique les chiffres donnés pour la période comprise entre 30 et 60 ans, période de la véritable activité médicale.

Morbidité médicale entre 30 et 60 ans.

Les chiffres verticaux indiquent les journées de maladies, les chiffres horizontaux les âges observés.



A mesure que la Société vieillira, les oscillations annuelles tendront à s'effacer pour faire place à une courbe dont on peut déjà entrevoir le tracé.

Mais, telle qu'elle se présente, la ligne brisée doit déjà permettre des réflexions salutaires : elle montre que si, jusqu'à 45 ou 46 ans, la morbidité n'est pas très élevée, celle-ci s'élève tout d'un coup aux approches de la cinquantaine pour continuer à monter jusqu'à l'âge où les infirmités et l'usure suppléent copieusement aux causes de maladie plus ou moins accidentelles.

D'ailleurs, les maladies de durée plus longues, les affections chroniques, deviennent plus fréquentes vers cette période critique : le graphique suivant le montre avec évidence.

La ligne pleine donne la morbidité pour les cas qui ne dépassant pas 64 jours de durée, la ligne pointillée, la morbidité pour la période excédant 64 jours.

Répartition de la morbidité en deçà et au-delà de 64 jours.

THÉRAPEUTIQUE DU GOMENOL

Voies respiratoires

Laryngites

Pour le traitement des diverses variétés de laryngite, nulle substance ne saurait être mise en parallèle avec le *Gomenol* : outre qu'il est le plus maniable et le mieux toléré des antiseptiques, il vient exercer sur l'élément inflammatoire une action à la fois antispasmodique et résolutive.

Dans les *laryngites simples*, les inhalations et pulvérisations de vapeurs d'eau gomenolée (solution de *Gomenol* à 2 p. 1.000) constituent la base du traitement. En même temps on administrera le sirop de *Gomenol*, soit pur, soit comme édulcorant des boissons chaudes, à la dose de 3 à 6 cuillerées, à bouche par jour.

Dans les *laryngites tuberculeuses*, deux méthodes se montrent actives et manifestement curatives en bon nombre de cas, à savoir :

1° Les badigeonnages locaux antiseptiques au *Gomenol* pur, qui exercent à la surface même des lésions une action modificatrice fertile en résultats;

2° Les injections trachéales d'*Oléo-Gomenol* à 5 % ou 10 % qui, de l'avis de tous les laryngologistes, constituent le procédé de choix. Deux techniques se partagent la faveur des praticiens : la méthode classique à l'aide du miroir et la méthode simplifiée de Mendel. On débute par 2 ou 3 cent. cubes d'*Oléo-Gomenol*, et on élève progressivement les doses jusqu'à 10, 15 et même 20 cent. cubes

Bronchites

Mieux que toute autre médication, le *Gomenol* tarit l'hypersécrétion, décongestionne la muqueuse, permet à l'épithélium de se régénérer.

Son emploi est particulièrement indiqué dans la *bronchite grippale*, dont la caractéristique fréquente est une toux coqueluchoïde très pénible et tenace. Le *Gomenol* se montre, en pareils cas, d'une efficacité rapide en raison de ses propriétés antispasmodiques qui le font considérer comme le médicament de choix contre la coqueluche.

Son action anticatarrhale fait qu'il constitue pareillement la thérapeutique par excellence des bronchites chroniques et des bronchorrées.

C'est enfin le meilleur antiputride, d'où son emploi rationnel dans les bronchites fétides et, d'une façon générale, dans tous les cas d'expectorations fétides, même s'il s'agit de gangrène ou de cancer du poumon.

On l'administrera soit en inhalations, soit mieux sous forme de capsules (6 à 10 par jour), de glutinules (10 à 20 par jour) ou de sirop (une cuillerée toutes les heures). Dans les cas rebelles, une thérapeutique plus active sera assurée par les injections intra-trachéales d'*Oléo-Gomenol* à 5 ou 10 %, ou par les injections intra-musculaires d'*Oléo-Gomenol* à 20 %.

Broncho-pneumonie, pneumonie

Le *Gomenol* sera alors administré sous trois modes qu'il convient d'associer, à savoir : 1° l'ingestion de sirop de *Gomenol* (1 c. à café toutes les 1/2 heures) ; 2° l'instillation matin et soir, dans les narines, de quelques gouttes d'*Oléo-Gomenol* à 2 %, 5 % ou 10 % ; 3° les onctions thoraciques de baume de *Gomenol* (en en prenant chaque fois gros comme une noisette).

Pour peu que l'affection prenne un certain caractère de gravité, il importera de procéder, soit à de petits lavements profonds d'*Oléo-Gomenol* à 20 % (8 à 15 cent. cubes), soit à des injections intra-musculaires quotidiennes d'*Oléo-Gomenol* à 20 % (de 3 à 10 cent. cubes selon l'âge) : maints auteurs en ont proclamé l'efficacité puissante, même dans des cas jugés désespérés.

Pleurésie

C'est surtout le traitement des pleurésies purulentes qui bénéficie utilement de l'emploi de l'*Oléo-Gomenol*, à 20 %, soit qu'on l'injecte dans la plèvre, après thoracentèse, soit qu'on l'utilise en lavages modificateurs après la pleurotomie.

Les injections intra-pleurales d'*Oléo-Gomenol*, faites à doses progressivement croissantes (débuter par 5 cent. cubes) et renouvelées après chaque ponction évacuatrice, empêchent l'épanchement de se reformer, de sorte que les ponctions vont s'espaçant de plus en plus, elles ont aussi le grand avantage de s'opposer à la formation des adhérences.

On peut encore procéder, selon la technique de Billon, à des injections intra-pleurales d'azote chargé de vapeurs gomenolées.

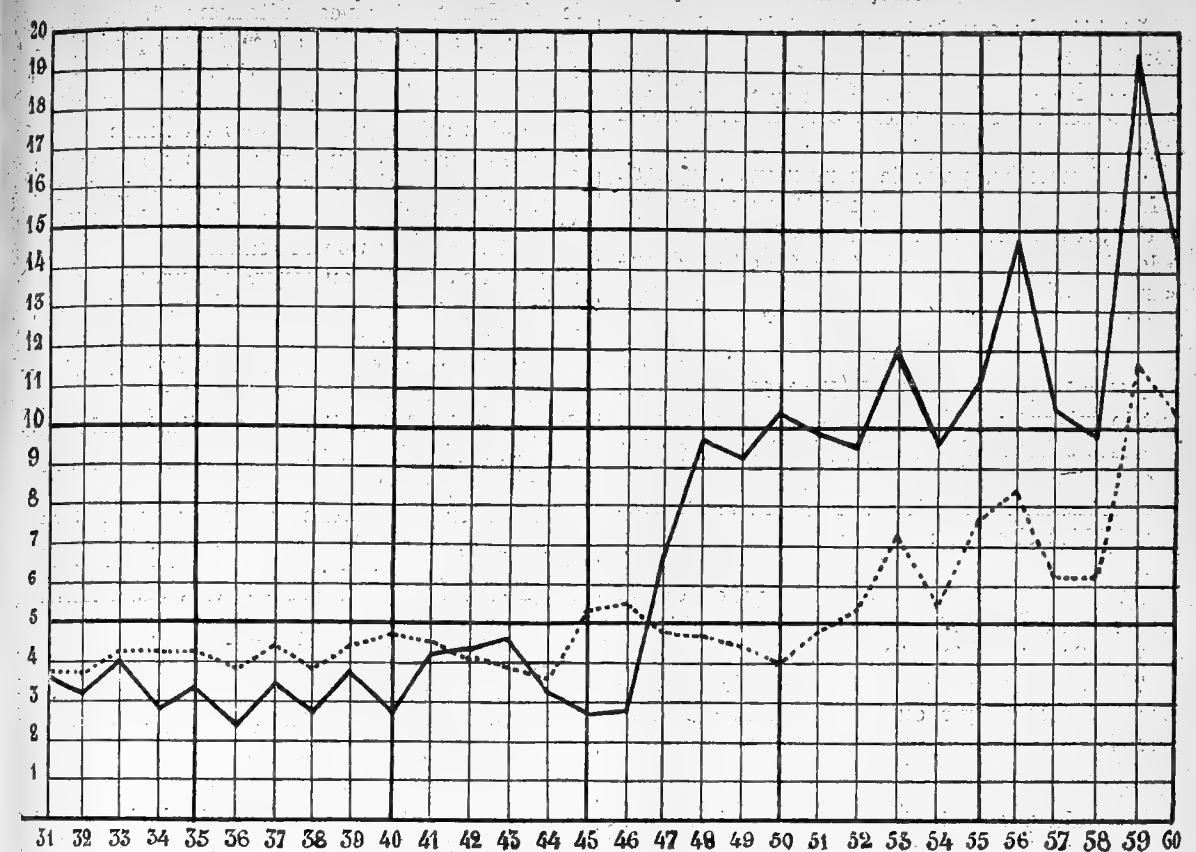
Tuberculose pulmonaire

A défaut d'une action spécifique sur le bacille de Koch, le *Gomenol* en atténue fortement la virulence, détruit les bacilles qui lui sont associés, amène une diminution de la toux et de l'expectoration, une plus grande amplitude respiratoire, l'amélioration des signes stéthoscopiques, le relèvement de l'état général.

Ses modes d'emploi se résument ainsi : Injections intra-musculaires d'*Oléo-Gomenol* à 20 % à doses progressivement croissantes et décroissantes (commencer par 2 cent. cubes et augmenter de 1 cent. cube par jour jusqu'à la dose maxima personnelle du malade variant entre 15 et 25 cent. cubes) ; injections trachéales d'*Oléo-Gomenol* à 5 %, puis à 10 % (dose moyenne : 6 à 10 cent. cubes) ; injections pleurales d'azote chargé de vapeurs de *Gomenol* (Billon) selon la méthode de Forlanini ; absorption de capsules ou de glutinules, lavements d'*Oléo-Gomenol* à 20 %, inhalations de *Gomenol* pur ; comme médication adjuvante, emploi du *Gomenolixir*.

Laboratoire du Gomenol : 17, rue Ambroise-Thomas, Paris.

Répartition de la morbidité en deça et au delà de 61 jours.



Il me paraît inutile d'insister. Chacun, en consultant ces tableaux, peut voir quelle est la somme de risques à laquelle il est exposé normalement d'après son âge, et si certains confrères ont la bonne fortune de s'être, jusqu'à ce jour, trouvés en deçà des moyennes, il faut en conclure qu'un grand nombre d'autres les ont dépassées largement. Or, personne ne peut se dire sûr du lendemain en pareille matière : l'accident, la maladie, arrivent sans crier gare, et comme disent nos ruraux, demandent plus de temps à s'en aller qu'à venir.

Et c'est surtout cette éventualité d'un arrêt professionnel plus ou moins prolongé, quelquefois même — hélas ! — définitif, que le médecin a le devoir d'envisager. A. GASSOT.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le pansement antiseptique complet.

Malgré la clarté du texte de l'art. 10, sur les pansements antiseptiques, un certain nombre d'experts et de magistrats, qui les suivent à tort, veulent faire régler par l'art. 3 un acte médical qui relève de l'art. 10.

On sait que le pansement antiseptique comprend l'application de substances antiseptiques, mais aussi exige du praticien une attention particulière, même dans les plaies les plus simples : aseptie des mains, aseptie des instruments, petit matériel de trousse, toutes choses qui ressortissent de la petite chirurgie. Certains experts concluent dans un sens qui est contraire à sa loi et favorable aux compagnies d'assurance. En agissant ainsi, les experts font perdre chaque année des millions aux modestes praticiens et font augmenter d'autant les bénéfices des riches assureurs

En présence de pareilles erreurs, nous avons prié notre confrère Diverneresse de mettre au point des conclusions sur les pansements antiseptiques. Ce sont ces conclusions que nous publions, assurés de rendre un très réel service à ceux qui veulent se défendre dans l'application d'un tarif qui, il ne faut pas l'oublier, a été *imposée* aux praticiens

Conclusions sur les pansements antiseptiques.

Attendu que la nature et les prix des divers pansements auxquels peuvent donner lieu les accidents du travail sont décrits dans le tarif Dubief avec précision :

I° A l'art. 3 ;

II° A l'art. 10 du tableau B, n° 7 ;

III. Au même art. 10, tableau C, n° 1.

I.

1° Attendu que le texte de l'art. 3 du tarif Dubief est le suivant :

« Le prix de la visite ou de la consultation « comprend un pansement aseptique simple ou « petit pansement.

« Néanmoins, pour le pansement aseptique « fait au cours de la première visite ou consulta- « tion, il est alloué un honoraire égal à celui de « la visite ou de la consultation, tel que le déter- « minent les art. 1 et 2 ».

II.

Attendu que le texte de l'art. 10, tableau B, est le suivant :

« Les soins médicaux et opérations de petite « chirurgie donnent droit, en sus du prix de la « consultation ou de la visite, aux allocations « spécifiées ci-après :

A...

B. Allocation correspondant au prix de deux visites ou consultations.

1°... 2°... 3°... 4°... 5°... 8°..

7° Pansement antiseptique complet, pansement hémostatique ou grands bandages compressifs.

III.

Attendu que le texte du même art. 10, tableau C, est le suivant :

C. Allocation correspondant au prix de trois visites ou consultations.

1° Pansements de brûlures, gangrènes, vastes traumatismes, de larges plaies post-opératoires, y compris les ablations nécessaires.

Attendu que c'est par ces trois indications du tarif et seulement par elles que se trouve réglée la question de nature et de prix de tous les pansements pour accidents du travail ;

Attendu qu'il résulte de ces trois indications du tarif :

1° *Sur le pansement aseptique, art.* 3 :

A. Que le législateur n'a pas dit : « Le pansement aseptique simple *Et* le petit pansement ».

B. Mais qu'il a dit : « Le petit pansement aseptique simple *ou* petit pansement » ;

C. Que par suite le législateur a pris le pansement aseptique simple comme synonyme de petit pansement ;

D. Que seul le pansement *aseptique simple* peut être considéré comme un petit pansement ; que le pansement aseptique simple ou petit pansement ne peut s'entendre que de toute substance aseptique, *sans pouvoir antiseptique sur les microbes* telles que ouate, gaze, eau bouillie, etc., dont on ne peut faire emploi que lorsqu'il n'y a pas solution de continuité dans les tissus et qu'il n'y a aucune crainte à avoir sur la possibilité de l'infection d'une plaie ;

Que seul ce pansement doit être confondu avec le prix de la visite ou consultation ;

Sur les pansements de larges plaies opératoires, art 10, *tableau C, N°* 1.

Que les pansements de larges plaies opératoires, qu'ils soient *antiseptiques ou même aseptiques*, s'ils sont compliqués, s'ils ne sont pas aseptiques simples (aux termes de l'art. 3), doivent être payés en sus du prix de la visiteou consultation, par une allocation correspondant au prix de 3 visites ou consultations.

Sur les pansements antiseptiques complets, art. 10, *tableau B n°* 7.

Que doit être payé en sus du prix de la visite ou consultation, par une allocation correspondant au prix de 2 visites ou consultations, le pansement antiseptique, pourvu qu'il soit complet.

Attendu que dans le procès du Dr Bertel contre Taillefer, au sujet des honoraires d'un accident du travail, le juge de paix du 1er arrondissement du Havre, ayant par jugement du 22 août 1912, commis comme experts M. le Dr Theumiot, ancien interne des hôpitauxde Paris, chirurgien des hôpitaux ;

M. le Dr du Pasquier, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hospice général ;

Et M. le Dr Laussies, médecin honoraire des hôpitaux ;

Ces trois experts s'expriment ainsi au sujet de l'exécution d'un pansement :

« La méthode aseptique consite à employer « exclusivement pour le lavage et le pansement « des plaies des produits stérilisés par la chaleur.

« Elle convient surtout aux plaies opératoires « ou aseptiques. Son application est très délicate; « difficile à réaliser dans toute son intégrité, ce « qui est la condition *sine qua non* de la méthode. « Pour cette raison elle est peu usitée dans le « traitement des plaies par accident du travail « qui sont toujours suspectes, soit par le manque « d'hygiène corporelle des ouvriers, soit par « suite de la saleté du milieu dans lequel ils tra- « vaillent ou du corps vulnérant.

« La méthode antiseptique est donc plus géné- « ralement appliquée dans ce cas : elle consiste à « employer pour les lavages et les pansements « des produits chimiques appelés antiseptiques « dont on imprègne les matériaux de pansement « ou qu'on dissout dans les eaux de lavage.

« *Mais, quel que soit le pansement employé,* « *aseptique ou antiseptique, il doit être complet* ; « *les règles de l'art ne conçoivent pas qu'un panse-* « *ment quelconque puisse être incomplet*, c'est-à- « dire manquer de l'un quelconque des éléments « constitutifs, qui, tous, sont indispensables.

« Un pansement, par contre, peut être simple « ou compliqué dans son application, mais cela « découle alors de son importance généralement « en rapport avec l'importance de la blessure

« elle-même ou du siège de la blessure, qui, située « sur une région où les pansements sont difficiles « à maintenir, peut entraîner, des difficultés « d'application.

« Dans tous les cas et toujours d'après les « règles de l'art, on ne saurait admettre le mot « simple comme synonyme d'aseptique en ce « qui concerne les pansements ; car il peut exis« ter des pansements aseptiques très compliqués « et des pansements antiseptiques très simples.

« D'autre part, toujours sur le terrain techni« que, l'efficacité thérapeutique d'un pansement « antiseptique est indépendante de sa confection « pour ainsi dire plus ou moins compliquée ; « mais dépend de l'énergie d'action de l'antisep« tique choisi par le médecin » ;

Attendu que forcément on doit entendre par pansement antiseptique complet tous les pansements pour lesquels on emploie des substances antiseptiques qui ont pour but de désinfecter toute solution de continuité des tissus ou des téguments *qui peuvent être soupçonnés* d'avoir été infectés au moment de l'accident et que ces pansements *désinfectants antiseptiques* ne trouvent leur place que dans la catégorie des pansements décrits et fixés à l'art. 10, tableau B, nº 7 ;

Attendu qu'on ne saurait donc admettre, comme le font certains médecins, qui, oubliant que le tarif a établi trois catégories bien nettes de pansements :

1º A l'art. 3 ;

2º A l'art 10, tableau B, nº 7 ;

3º A l'art. 10, tableau C, nº 1 ;

prétendent qu'il n'y aurait que deux catégories de pansements :

1º Les pansements ordinaires, petits et moyens ;

2º Les grands pansements antiseptiques ou aseptiques post-opératoires, ou leurs équivalents ;

Attendu au reste, que le pansement antiseptique est toujours important puisqu'il nécessite toujours, quelque minime que soit sa dimension, ou quelque légère que soit la blessure ;

1º Un lavage sérieux des mains du médecin à l'aide d'antiseptique et d'alcool ;

2º Un flambage des ustensiles et instruments qui servent au pansement ;

3º Un nettoyage complet de la plaie si petite soit-elle, PUISQU'UNE INFECTION MORTELLE PEUT ETRE LA SUITE D'UNE SIMPLE PIQURE D'AIGUILLE ;

Attendu qu'il en résulte une dépense de temps, d'argent et une usure plus ou moins considérable de matériel employé ;

Par ces motifs,

Dire et juger :

A. Que tout pansement où l'on emploie un antiseptique est forcément un pansement antiseptique au sens légal et grammatical des textes du tarif du 30 novembre 1905 ;

B. Que d'après les experts les plus qualifiés, tout pansement antiseptique, s'il est bien fait, est forcément un pansement antiseptique complet ;

C. Qu'il y a donc lieu de fixer pour ce pansement un honoraire correspondant à 2 visites ou consultations en sus du prix de la visite ou consultation, ainsi qu'il est prescrit par l'art. 10 tableau B, nº 7.

APPEL A TOUS LES MÉDECINS PRATICIENS DE FRANCE

Le IVe Congrès des Praticiens

(Paris, 27-28 et 29 mai 1914).

Au lendemain des élections législatives, alors que la réunion de la Commission Chéron, destinée à étudier, *en dehors des médecins praticiens intéressés*, le mode de participation de ces derniers aux lois dites sociales, paraît une menace directe à l'indépendance du Corps médical, une protestation générale et énergique s'impose.

Le silence serait consideré comme un acquiescement, une soumission.

Les protestations individuelles de nos Syndicats et de nos organes professionnels seraient interprétées comme des actes isolés de personnalités à effectifs réduits ou sans mandat, auxquelles on discuterait toujours le droit de parler au nom du Corps médical.

Seul un Congrès largement ouvert, auquel les médecins pourront adhérer isolément et où des délégués mandatés représenteront nos groupements professionnels, pourra montrer, sans contestation admissible, que nous ne voulons pas accepter ce qu'on rêve de nous imposer. Et ce sera en vain qu'en dépit de nos mœurs, de nos droits, de notre liberté, on essayera de tenter de disposer en dehors de nous, de notre concours.

Médecins français, il importe, en pareille circonstance, de donner à ce Congrès des Praticiens encore plus d'ampleur et d'importance qu'aux Congrès précédents. Si nous nous sommes révoltés, il y a six ans, dans un beau mouvement unanime, lors de la création du Certificat d'études médicales supérieures, que devons-nous faire aujourd'hui ? Que pouvaient être, en somme les conséquences de cette innovation, à côté de celles qui résulteraient de la perte de notre indépendance ? La fonctionnarisation de notre profession est imminente, Praticiens, nous devons nous y opposer. Adhérez donc en masse au Congrès qui va se tenir à Paris les 27, 28 et 29 mai 1914.

***

Ce Congrès d'ailleurs, ne se bornera pas à une simple protestation. Il fera mieux ; il posera devant des médecins praticiens compétents les problèmes que les pouvoirs publics et leurs administrations, volontairement incompétents, puisqu'ils n'ont jamais voulu demander avis et conseils au Corps médical organisé, n'ont pas pu résoudre.

L'hygiène publique et la défense sanitaire assurées par les praticiens avec le concours et après études des groupements professionnels dans chaque région, chaque canton, chaque commune seront les bases du programme et les objets des discussions.

Il importe que de toutes les villes, de toutes les campagnes de France, il vienne des médecins expérimentés, mûris par plusieurs années de pratique, pour discuter la réalisation de la défense sanitaire ; il importe que dans cette œuvre de salut public pour laquelle jusqu'alors on s'est borné, en France, à de vaines palabres officielles et académiques, et au bluff que des mutualistes grossièrement ignorants ont rendu ridicule au dernier Congrès de Montpellier (1), il importe que le corps des médecins praticiens donne son avis. L'organisation de la défense sanitaire mérite d'être sérieusement examinée par des hommes instruits et expérimentés parlant le langage du bon sens et capables d'indiquer la voie des réalisations possibles et pratiques.

Certes, le lendemain du Congrès, l'organisation de l'Hygiène sociale en France ne sera pas un fait accompli, mais un grand pas sera fait et nous aurons montré au public de quel côté il doit s'orienter pour obtenir en défense sanitaire un résultat appréciable sans inquisition vexatoire, ni intervention arbitraire de la police.

Praticiens, après avoir adhéré au Congrès de Paris, méditez donc le programme suivant et apportez de chaque coin de France votre pierre au monument que nous désirons vous voir fonder actuellement et construire un jour. J. Noir.

Comité d'organisation du Congrès des praticiens. Projet de rapports (Objet unique : Rapports multiples).

I. — Premier rapport. — Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation :

1° *Par l'Etat et par les départements, municipalités*, etc., etc. — Commission Chéron, Assistance médicale gratuite, Les poussières de traitement et la création de médecins fonctionnaires d'hygiène départementale, experts, etc., etc.

2° *Par les grandes compagnies et les grandes administrations.* Assurances, Tarif Dubief, Grands magasins, grandes usines, Grandes exploitations, mines, chemins de fer, etc., etc.

3° *Par la mutualité.* Service des soins, Service d'hygiène et de défense sanitaire, assurance-invalidité, etc., etc., etc.

Deuxieme rapport. — *L'hygiène administrative. Son impuissance.* — Rapport de critique générale de l'édifice actuel de l'hygiène, administrative, publique. Raisons pour lesquelles ce n'est qu'une façade derrière laquelle il n'y a rien. Loi de 1902. Déclaration de la tuberculose. Inspection médicale des écoles. Hygiène alimentaire. Hygiène des villes et des collectivités. Lois d'hygiène sociale, etc., etc., etc. Les moyens conseillés (désinfection, etc., etc.) Les conseillers techniques : conseil supérieur d'hygiène, Académie.

Troisieme rapport. — *L'organisation technique de l'hygiène par le corps médical.* — Contre-partie du rapport précédent. Exposé des raisons pour lesquelles les techniciens doivent réussir là où les fonctionnaires de l'administration ont échoué.

(1) Ex. La prophylaxie de l'habitation par le blanchiment à la chaux (voir le Programme du dernier Congrès de la Mutualité tenu à Montpellier).

Comment on peut construire un édifice solide, sans qu'il soit nécessaire d'avoir une façade brillante.

Rôle des médecins dans la lutte contre les maladies contagieuses. Les causes réelles auxquelles il faut s'attaquer. L'importance du milieu. La question des taudis. L'hygiène ne doit pas être davantage organisée par les philanthropes que par les bureaucrates. L'hygiène et la philanthropie, etc., etc.

Quatrieme rapport. — *La lutte contre la tuberculose.*— Critique actuelle antituberculeuse. Critique de la législation spéciale sur la tuberculose ; projet de création de dispensaires d'hygiène, déposé au Sénat par Léon Bourgeois. Chasse aux microbes. Critique des moyens de désinfection, etc., etc. Le médecin gendarme et policier. Les maisons d'ouvriers avec leurs dispensaires (Fondation Rothschild, rue de Prague, etc., etc.) Exposé de ce qu'il faudrait faire et de la lutte antituberculeuse organisée par les Syndicats médicaux.

Cinquieme rapport. — *L'assistance médicale gratuite* (loi de 1893) *et le corps médical.*

II. Partie positive. — Le Comité a pensé qu'il conviendrait de préciser le fonctionnement de l'organisation de l'hygiène par les Syndicats médicaux. Il a donc décidé d'étudier des projets d'organisation de l'hygiène par les Syndicats. Cette partie positive comprendra trois ou quatre études qui auront pour titres :

1° L'organisation de l'hygiène par les Syndicats médicaux à Paris, 2° Dans les grandes villes, 3° Dans les villes moyennes ; 4° Dans les petites villes. 5° Dans les campagnes.

Bien entendu, il ne s'agit pas d'établir de tous points, une organisation future, mais de présenter des projets qui pourraient guider la discussion dans la construction des bases de l'édifice de l'hygiène syndicaliste. Il est, en effet, naturel que les Syndicats puissent, en cela comme en toutes choses, avoir la liberté d'agir selon que les circonstances locales peuvent l'exiger.

Autres rapports. — *Où en est l'alcoolisme en France.* — Ce rapport sera moins un rapport qu'une communication dont le but sera de montrer que, sur cette question, les médecins praticiens sont à peu près les seuls à connaître exactement l'étendue des ravages produits par l'alcoolisme.

Il aura pour but aussi de montrer les causes profondes de l'alcoolisme et l'impuissance des mesures que l'on a prises ou conseillées jusqu'à ce jour.

Nous pensons donner également des études sur ce qui se passe à l'étranger en fait de médecine sociale et d'hygiène publique.

Avis important. — Les adhésions et les cotisations (Dix francs, 10 fr.) doivent être adressées au trésorier, M. le docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, à Paris (VIe) qui en enverra reçu dans la huitaine environ.

Les médecins dont l'adhésion parviendra moins de trois semaines avant l'ouverture du Congrès ne recevront le volume des rapports que si le tirage a été suffisant ; de même la réduction de 50 % sur les chemins de fer ne peut être assurée en raison du trop court délai pour les démarches à effectuer.

Les membres des familles médicales accompagnant un congressiste peuvent, moyennant une cotisation de cinq francs, se faire inscrire en qualité de membres associés : ils jouiront des avantages matériels accordés aux membres adhérents, mais n'auront pas droit aux volumes ni au vote.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

nous occuper de ce qui se passe à la commission de révision de ce tarif, si les syndicats médicaux faisaient prendre par leurs adhérents l'engagement de ne soigner les blessés du travail qu'après un engagement *écrit* du patron, de payer les honoraires selon le tarif local.

Les assureurs veulent la lutte : acceptons-la hardiment : nous sommes les plus forts : malheureusement, beaucoup de confrères n'en sont pas convaincus.

Les Escobarderies para-médicales.

Un de nos confrères nous envoie les documents ci-dessous. Ils ont été adressés à un de ses amis, curé d'une paroisse dans le département de..... qui les lui remet « en exprimant tout le dégoût que lui inspirent de pareils procédés, dégoût partagé par les confrères de sa région. »

Tout commentaire serait superflu et ne pourrait que diminuer la saveur de cette élucubration où se marient agréablement la rouerie de l'homme d'affaires et l'onction du prêtre : *« Encens et bedide gommission ».*

Paris, le 28 mars 1914.

Monsieur et cher confrère,

C'est un prêtre qui vous écrit. Et il vous prie de lire cette lettre avec toute votre attention. Car il y va, comme vous allez le constater, de votre intérêt matériel et moral, du bien de vos paroissiens et de vos amis, et de votre légitime influence dans votre paroisse.

J'ai comme vous exercé, pendant de longues années, le saint ministère, dans les campagnes et dans les villes. Et je l'exercerais encore si une ophtalmie rebelle et des varices très douloureuses ne m'avaient obligé de me retirer dans ma famille à Paris.

Je connais, pour les avoir partagées, vos joies sacerdotales, comme aussi vos soucis et vos peines. La loi de séparation nous a privés d'une grande partie de nos ressources. Nous ne pouvons plus, hélas ! exercer, comme autrefois, notre charité envers les pauvres, les malades et les infirmes. Nous ne pouvons même plus soutenir toutes nos œuvres paroissiales. Et nous assistons, attristés et impuissants, à la dégradation de nos églises, en attendant leur ruine !

Certes, nos Evêques nous montrent le plus noble dévouement, pour nous assurer les ressources indispensables. Mais leur bonté ne peut faire l'impossible.

J'ai été souvent ému, comme vous, de cette triste situation. Et dès que la Providence me l'a permis, j'ai cherché les moyens les plus aptes à accroître nos ressources, tout en agrandissant notre influence sur le peuple.

Pour atteindre ce double but, j'ai fondé l'Œuvre du Casuel du Clergé, basée sur l'assistance aux malades.

Au point de vue de notre influence, en effet, rien ne peut l'accroître davantage, et même la consolider, comme l'intérêt que nous témoignons à nos paroissiens, dans l'état de maladie, et comme les services que nous leur rendons, lorsqu'ils souffrent.

Vous savez qu'il est parfois fort difficile et souvent fort onéreux de se procurer à temps les secours du docteur, même le plus rapproché. Vous savez aussi combien sont rares les médecins de très haute valeur, et combien sont peu nombreux les remèdes vraiment actifs et efficaces ! Que de fois n'avons-nous pas été désolés de ne pouvoir secourir les pauvres malades torturés souvent par un mal dangereux ou inexorable !

Et cependant, avec quelle reconnaissance ne nous accueilleraient-ils pas, si nous leur apportions, en même temps que les consolations divines de la religion, le précieux réconfort que leur donnerait l'envoi de la consultation *gratuite* d'un grand médecin de Paris ! Et quelle gratitude n'auraient-ils pas pour nous, si le remède ordonné par le savant docteur, leur rendait la santé et la vie ! Devenu l'ami de son curé, celui que nous aurions ainsi contribué à sauver, deviendrait bien vite, d'ordinaire, l'ami de Dieu et l'exemple de la paroisse. Sauver le corps de son prochain et ramener son âme à Dieu, n'est-ce point la plus haute ambition du prêtre !

Mais si, tout en remplissant notre divine mission de charité envers le prochain, nous trouvions, par surcroît, les ressources nécessaires, afin de soutenir nos œuvres, nous aurions atteint le double et noble but, que nous poursuivons. Et les prêtres fort nombreux auxquels j'ai exposé ce plan y ont applaudi.

Pour le réaliser : j'ai demandé et obtenu le concours d'une grande et belle œuvre, qui poursuit le même idéal à Paris. C'est l'Institut....... fondé à Paris, rue .... n° par des médecins chrétiens de haute valeur et d'expérience consommée. Cet Institut a pour but de mettre *gratuitement*, à la disposition des malades de Paris, les conseils et les soins de maîtres éminents dans l'art de guérir et de leur procurer, dans les meilleures conditions, les médicaments qui leur sont ordonnés.

Créé, sous les auspices de M. le D M., Professeur de pathologie interne, l'Institut... est dirigé actuellement par des docteurs en médecine de la Faculté de Paris. La plupart sont pourvus en outre du titre de pharmaciens de 1re classe. Chacun d'eux s'est spécialisé dans l'étude et le traitement d'une seule maladie. Et ce seul fait assure l'incontestable supériorité des docteurs de l'Institut...

A l'Institut , sont annexés les laboratoires des Bons Remèdes, dirigés par un docteur en médecine, qui est aussi pharmacien de 1re classe. Ils sont placés sous le contrôle de la Faculté de médecine de Paris. Ils présentent donc le maximum de garantie, et pour la pureté des substances employées et pour la bonne exécution des ordonnances. De plus, chose digne de remarque ! les médicaments, préparés dans les laboratoires, sont d'un prix qui n'est jamais supérieur, mais qui souvent est fort inférieur à celui de toutes les autres pharmacies.

J'ai obtenu du directeur et des docteurs de l'Institut de vouloir bien étendre à tous nos diocèses français les faveurs réservées jusqu'à ce jour à quelques

groupes catholiques. Vous pouvez donc, Monsieur et cher confrère, conseiller, dès aujourd'hui et en toute confiance, à tous vos paroissiens malades, d'écrire à l'Institut, Ils seront certains d'y trouver des médecins connus, tous de la Faculté de Médecine de Paris, tous savants dévoués et charitables. Et ces médecins se feront un devoir de leur envoyer, par retour du courrier, une précieuse consultation gratuite, que leurs clients fortunés paient d'ordinaire fort cher.

Ayez aussi une confiance absolue dans l'efficacité des médicaments pris, aux laboratoires. Car ils sont préparés par des docteurs de la Faculté de médecine de Paris, qui sont aussi docteurs en pharmacie et sous le contrôle de la Faculté de médecine.

Sur le prix de tous les remèdes, adressés à la suite des consultations, à tous vos paroissiens malades, JE VOUS FERAI IMMÉDIATEMENT ET TRÈS DISCRÈTEMENT PARVENIR, COMME DON POUR VOS ŒUVRES, LE TIERS DU MONTANT DU PRIX MARQUÉ SUR CHAQUE ENVOI, AINSI, VOUS RECEVREZ IMMÉDIATEMENT 5 FRANCS, SI L'ENVOI EST DE 15 FRANCS.

Car j'ai à cœur, Monsieur et cher confrère, de faire une Œuvre, et une Œuvre profondément utile au clergé et à tous les prêtres, mes frères. Je ne sollicite rien de vous. Je vous demande simplement de vous aider vous-même, en acceptant l'aide puissante que je vous offre. Recevez ces dons pour vos œuvres. Acceptez-les pour réparer et orner vos églises et pour donner plus de beauté et d'éclat aux solennités des offices divins

Prenez ces dons pour les pauvres passants, qu'il nous est à tous si pénible de ne pouvoir secourir désormais. Prenez-les pour les pauvres honteux qui vous entourent. Prenez-les pour soutenir vos écoles, l'œuvre divine par excellence envers les âmes des enfants de Dieu. Prenez-les enfin, pour mettre un peu plus de bonheur, sur votre dévouement obscur, et votre pénible ministère.

En agissant ainsi, vous ne violez aucune loi humaine, car vous ne donnez aucun soin médical aux malades. Vous ne conseillez, ni ne fournissez aucun médicament. Vous indiquez simplement l'adresse de bons médecins de Paris. Et vous accomplissez seulement un impérieux devoir : celui de l'assistance corporelle du prochain !

Maintenant, Monsieur et cher confrère, je vous en prie : à l'œuvre, à l'œuvre ! Vous avez certainement au moins un malade en ce moment, dans votre paroisse. Eh bien ! ayez la bonté d'aller le voir aujourd'hui même. Donnez-lui l'adresse de l'Institut. Qu'il écrive et expose les symptômes de sa maladie. Et, par retour du courrier, il recevra de Paris une consultation gratuite et détaillée sur le traitement à suivre. Vous constaterez le résultat vous-même. Et, alors vous jugerez la bonté, l'avenir et la grandeur de l'Œuvre

Votre tout dévoué en notre Seigneur.

L'Abbé X.

Ancien directeur de Collège, ancien curé, docteur en théologie, directeur de l'Œuvre du Casuel du Clergé.

Trente-sixième année. N° 18 Dimanche 3 Mai 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La réalisation efficace de l'hygiène sociale.

Assurance contre la maladie et l'invalidité et la pseudomutualité française.

Hygiène sociale, lutte contre les maladies sociales, prophylaxie sociale, voilà de grands mots dont les politiciens, qui sont sociaux jusqu'à l'assurance du renouvellement de leur mandat de sénateur ou de député, et dont les grands chefs mutualistes, qui, eux, sont hygiénistes jusqu'à la satisfaction de leurs intérêts ou de leurs ambitions, ont, à chaque occasion, plein la bouche.

Ce sont de ces mots que l'on répète, que l'on imprime sans savoir bien au juste ce qu'ils signifient ; ou plutôt, si ceux qui les expriment leur associent une idée (ce qui n'est pas toujours), ils ne se préoccupent guère de chercher comment cette idée pourrait se réaliser.

Il importe que nous médecins, qui rentrons dans la catégorie des hygiénistes, qui serons toujours les agents indispensables de cette hygiène et de cette prophylaxie sociales, sachions comment il serait possible de les organiser efficacement.

M. Edouard Fuster, le savant professeur du Collège de France, secrétaire général du Comité permanent international des Assurances sociales, l'homme qui connaît le mieux en France ces questions, a, dans un très intéressant article de la Revue mensuelle *Tuberculosa* (1), publié à ce sujet une intéressante étude.

M. Fuster envisage à son point de départ la lutte contre la tuberculose, mais il est évident que cette lutte contre une maladie sociale ne peut être isolée, et que pour combattre avec efficacité la tuberculose, il est de toute nécessité d'organiser sérieusement l'hygiène sociale en général.

Quels sont les désirs des hygiénistes, sur quelles bases légitimes reposent leurs exigences ? Telle est la première question que se pose M. Fuster.

Les individus et les collectivités sont à la fois

(1) N° du 10 avril 1914, 16, rue Portalis, Paris.

les responsables et les victimes des maladies sociales ; ils sont alternativement débiteurs et créanciers. L'individu contaminé devient un danger pour la Société, qui dans une large mesure est responsable elle-même de sa contamination. Il est donc strictement équitable et de bonne administration que l'individu se soumette à des règles de prophylaxie (déclaration de la maladie, désinfection, traitement, isolement) dans le but de préserver la collectivité, qu'il en supporte en partie les frais; mais il est de toute nécessité et absolument juste que la Société prête son assistance à l'individu en cette occurrence.

Or, pour obtenir réellement cette assistance de façon sérieuse, on n'a jusqu'ici trouvé qu'un moyen réellement efficace, l'*assurance sociale.*

Cette assurance, pour être réalisée, demande la participation de l'individu, celle de l'Etat et même, lorsqu'il s'agit d'ouvriers, celle de l'employeur, car il est logique que ce dernier prévoie dans ses frais généraux l'amortissement de l'outillage humain qu'il emploie et qu'il use. C'est ainsi seulement que pourront être réunies les ressources considérables nécessaires au bon fonctionnement de l'assurance.

Or, toute assurance a intérêt à prévenir le risque qu'elle couvre pour éviter dans l'avenir de lourdes charges.

L'assurance, expose M. Fuster, c'est l'assistance certaine, à bon compte, et dont les frais sont équitablement répartis. C'est la prévention, solidement garantie avec un minimum de contrainte, par le jeu régulier de l'intérêt de l'individu et celui de la collectivité bien compris.

Une Société bien organisée, ayant conscience de son devoir sanitaire, ne peut se passer de l'assurance.

Si ceci est admis, on ne saurait échapper aux conséquences qui en découlent : à savoir l'extension nécessaire de ce service d'assurance sociale au peuple tout entier, à toute la famille, et à tout individu durant sa vie entière. L'obligation de l'assurance aussi s'impose, car, si l'on se fie à la prévoyance, on ne tarde pas à constater que les imprévoyants sont les plus menacés et en même temps les plus menaçants pour la collectivité.

Tout ceci est d'une inébranlable logique, mais M. Fuster ne se fait pas d'illusion sur les difficultés de la réalisation de l'assurance intégrale.

Pour des motifs d'ordre politique, fait-il remarquer, on se borne à vouloir établir l'assurance pour les ouvriers, qui sont la catégorie d'individus qui, en apparence, est la plus menacée, mais en réalité, les classes moyennes sont dans des conditions analogues et il est indispensable de les faire bénéficier des avantages de l'assurance, soit en développant l'assurance libre, soit en cherchant à l'effectuer par des combinaisons diverses comme l'on en fait actuellement l'essai en Angleterre. Tous les membres de la famille doivent être assurés et non seulement le chef. En outre, il est indispensable qu'on ne borne pas l'assurance à l'assurance contre la maladie qui secourt pendant quelques semaines, parfois trois mois, rarement six mois au plus, mais qu'elle se complète de l'assurance contre l'invalidité qui comporte la vie tout entière du malade. Cette dernière condition est aussi indispensable dans la lutte contre la tuberculose.

La compétence des hygiénistes, fait remarquer M. Fuster, ne va pas dans le détail des problèmes d'organisation.

On se heurte alors immédiatement à d'énormes difficultés pratiques, financières, administratives, *à la nécessité politique du respect des institutions libres existantes.* Nous traduisons, nous, ce dernier membre de phrase par la nécessité politique du respect de la pseudo-mutualité française existante, symbole de la routine.

Malgré ces difficultés, le devoir des hygiénistes est de rappeler comme désirable un régime unique pour la maladie aiguë ou chronique quelle que soit sa durée, ou une coordination étroite entre l'assurance dite contre la maladie et l'assurance dite contre l'invalidité.

Il serait encore désirable de grouper les assurés en caisses assez vastes pour permettre de jouer à la loi des grands nombres qui seule peut permettre la sécurité absolue du fonctionnement de ces caisses.

Enfin, comme il a été dit plus haut, on ne doit pas se borner à une assurance contre une maladie, fût-elle la tuberculose, mais contre toutes les maladies populaires, quitte à créer ensuite des caisses spéciales pour mieux effectuer l'action antituberculeuse.

L'obligation semble être une nécessité pour M. Fuster. Il prévoit l'objection : l'obligation entraîne la mainmise de l'État sur les assurances. Non, réplique-t-il, l'Etat doit mettre l'assurance en train, doit remplir le rôle de contrôleur, mais l'assurance obligatoire n'est pas nécessairement étatiste ; l'esprit mutualiste (pris dans la vraie et bonne acception du mot) peut et doit régner dans l'administration des caisses d'assurances et, pour qu'elles fonctionnent

bien, il est de toute nécessité que tous les intéressés à la « chose commune » fassent leur éducation et coopèrent à sa gestion.

L'assurance sociale est réalisée en Allemagne déjà depuis longtemps ; elle est appliquée depuis peu en Grande-Bretagne ; on en prépare le fonctionnement en Belgique. Le Luxembourg, la Roumanie, la Suède, la Hollande, la Norvège, la Finlande, l'Autriche, l'ont adoptée en principe.

Toutefois des pays très civilisés comme la France, la Suisse, l'Italie, l'Espagne, les Etats-Unis, la plupart des colonies anglaises, les pays neufs d'Amérique, n'ont pas recours à l'assurance obligatoire contre l'invalidité, ni même à l'assurance contre la maladie (sauf, sur ce dernier point, la Suisse).

La France en est au régime de la Mutualité libre (nous dirions, nous, au régime de la fausse mutualité), et M. Fuster, qui, cependant, tient à ménager les directeurs de la Mutualité française, instruit le procès de cette dernière avec une précision remarquable en des termes que nous tenons à reproduire textuellement :

« 1° Elles (les nations citées plus haut qui n'ont pas recours à l'assurance) en sont encore, écrit en propres termes M. Fuster, au régime dit de la mutualité libre, à propos duquel on ne peut échapper aux constatations que voici :

a) Une partie de la population que nous visions tout à l'heure se groupe, par affinités professionnelles ou pour motifs de voisinage, en associations de secours mutuels. Malheureusement il *ne s'agit que d'une faible partie de cette population* (1), *et ce n'est pas la plus pauvre ni la plus menacée* (2). D'ailleurs, ces associations se défendent, par le refus d'admission (examen médical) contre l'entrée des mauvais risques.

Ces associations ne demandent — et ne peuvent demander sous peine de tarir leur recrutement — que de faibles cotisations (3), grossies heureusement, dans la majorité des cas, par des cotisations de membres honoraires, et parfois par des subventions publiques.

Elles ont pour la plupart un très faible contingent ; d'où il résulte que leur budget est très peu élastique et qu'elles ne peuvent risquer de dépenses non immédiatement productives ; et il en résulte également que *leurs administrateurs*, dont le dévouement est admirable, *ne peuvent toujours avoir la compétence nécessaire à une transformation dans le sens de la prévention, pas plus qu'elles ne peuvent avoir de médecins jouant le rôle de conseils aux mêmes fins.*

Elles secourent en cas de maladie pendant une période assez brève (3 mois, 6 mois au plus). De plus, en France, par exemple, la plupart *s'efforcent, fût-ce au prix d'économies sur le service de maladie, de rendre d'autres services* (notamment de payer des retraites), et *il est trop évident que (en France notamment) le service de maladie est de ce fait encore réduit dans sa vitalité ; il apparaît à leurs membres comme un service qui peut vivre au jour le jour, sans règles techniques et sans complications d'ordre prophylactique.* Et d'ailleurs le fait que la durée du secours est très brève enlève aux sociétés un intérêt direct à prévenir par des sacrifices exceptionnels des charges qu'elles ne subiront pas.

b) *Cette situation paraît grave.* Pourtant il serait injuste de se montrer sévères et trop pessimistes. »

Après ces constatations qui sont accablantes pour la pseudo-mutualité française, surtout sortant de la plume d'un homme pourvu d'une aussi haute compétence que le distingué professeur du Collège de France, M. Fuster, qui tient à ne se montrer ni *sévère* ni *trop pessimiste*, essaye de panser avec le baume des bonnes paroles les plaies qu'il vient de faire par la simple constatation de faits indiscutables. Il admet que les sociétés de secours mutuels, « *même alors qu'elles ne semblent pas très conscientes de leur véritable rôle sanitaire* », n'en sont pas moins un milieu d'éducation solidariste, d'apprentissage des sacrifices collectifs, etc., etc. Il parle de la tentative de création des « caisses de réassurances » comme d'un progrès, mais en homme de science et de conscience qui n'a pas l'habitude de farder la vérité, malgré toute sa bienveillance voulue bien qu'imméritée pour MM. les mutualistes, il constate que pour ces caisses « trop fréquemment l'adhésion des mutualistes est individuelle au lieu d'être collective, *la cotisation « de réassurance » est encore, et partout, dérisoire.* »

M. Fuster parle des efforts des dirigeants de la Mutualité, mais, hélas ! que trouve-t-il à leur actif ?... des discours, des phrases, des vœux. Il rappelle qu'en 1907 (il y a 5 ans) le Congrès français mutualiste de Nice a posé nettement le programme de l'organisation antituberculeuse des sociétés opposant à la dissémination actuelle la formule fédérative

Quel progrès réel a-t-on réalisé depuis ? Qu'a-t-on sérieusement entrepris d'organiser ?

(1) En France, il ne semble pas que les assurés *contre la maladie* soient au nombre de plus de deux millions et demi, auxquels il faut ajouter, il est vrai, les ouvriers mineurs, les marins, les agents des chemins de fer et des services publics, qui ont des caisses spéciales. La mutualité scolaire ne saurait vraiment être mise sur le même rang qu'une assurance-maladie. (Note de M. Fuster.)

(2) Ni la plus menacée par la tuberculose, on peut s'en rendre compte en constatant combien peu de personnes, parmi celles qui se présentent dans les dispensaires, sont mutualistes. (Note de M. Fuster.)

(3) En France (dernier rapport 1910), 10 fr. 85 par homme inscrit auprès des sociétés faisant le se ice de la maladie seule ! (Note de M. Fuster.)

M. Fuster signale un timide essai en Belgique. La Fédération neutre des sociétés de secours mutuels d'Anvers a constitué le 13 avril 1902 une caisse fédérale de secours pour les tuberculeux. *Résultat* : « *En* 1912 (dix ans après la fondation !) 7 *tuberculeux ont été soignés à ses frais au sanatorium de Borgoumont et quelques autres personnes ont reçu des secours divers.* »

Ces beaux succès (! !) ne pouvaient laisser nos bons mutualistes du Nord indifférents (c'est toujours du Nord que nous vient la lumière !) A un Congrès de prévoyance tenu à Lille en 1909, M. Woehrel a fait approuver l'idée de créer une caisse analogue. « La cotisation spéciale, écrit M. Fuster, resterait très faible (10 centimes par mois), *mais on compterait sur les subventions des pouvoirs publics* ». O mendicité mutualiste ! douce habitude ! ne manquera pas de s'exclamer notre ami Vimont en lisant ces lignes.

M. Fuster entrevoit comme des progrès possibles à enregistrer un jour le vote du projet de loi Chéron destinée à subventionner les caisses fédérales dans la mesure où elles rendraient des services et l'adoption de la proposition de M. Léon Bourgeois tendant à la création ingénieuse d'un réseau de dispensaires mutualistes d'hygiène sociale. Ce serait, affirme-t-il, la victoire la plus incontestable d'une campagne antituberculeuse de dix années. M. Fuster est bon, très bon pour les mutualistes, il tient à les encourager. Mais, nous, qui n'avons pas de bonnes raisons pour être aussi tendres, nous n'avons pas plus foi dans les caisses fédérales organisées par la pseudo-mutualité française et subventionnées par M. Chéron, que dans le fonctionnement des dispensaires mutualistes genre Léon Bourgeois ; nous en avons vu évoluer à Paris sous le parrainage du vénérable M. Loubet et nous gageons que MM. les mutualistes n'en conteront jamais l'histoire complète et sincère.

Ces moyens de lutte contre la maladie nous rappellent une anecdote que nous avons entendu conter dans notre enfance.

En 1871, il s'était formé dans la plupart des départements des Comités de défense nationale dans le but de rechercher les moyens de résister à l'invasion. Le Comité de la Haute-Loire (notre pays d'origine) travaillait au Puy avec activité, On y recueillait toutes les idées, toutes les propositions. Un jour, un brave paysan demanda à être entendu. Il avait trouvé un excellent moyen d'arrêter les Prussiens sur les confins du département : il suffisait de construire tout autour une bonne clôture en planches.

Les mutualistes dans la lutte anti-tuberculeuse ne nous paraissent pas disposer de moyens plus efficaces que ceux que proposait notre paysan auvergnat pour protéger le pays contre l'invasion

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Gaucher

L'épithélioma cutané.

Nous allons étudier, aujourd'hui, l'épithélioma de la peau, laissant de côté toutefois la question du traitement, pour laquelle une leçon entière sera nécessaire. Il y a, en effet, — et nous aurons à décrire — des procédés nombreux de traitement de cette maladie, richesse apparente qui n'est, comme presque toujours en pareil cas, qu'une indigence : lorsqu'il existe un bon traitement d'une affection, il suffit à lui seul et il n'en est pas besoin d'autres.

Quoi qu'il en soit, l'épithélioma de la peau est une maladie fréquente. Vous pouvez vous en rendre compte par les photographies et les moulages — très nombreux — qui sont là devant moi, et que je vous ferai passer au cours de la leçon. Cet épithélioma cutané se présente sous trois formes : une forme superficielle, assez rare, constituée par une ulcération sans tumeur, à laquelle on donne quelquefois le nom d'ulcus rodens ; une autre, beaucoup plus commune, superficielle encore, mais accompagnée de productions papillaires ou papilliformes (épithélioma papillaire) : c'est la forme habituelle de l'épithélioma cutané ; une troisième, profonde, débutant dans la profondeur de la peau et donnant une tumeur plus ou moins volumineuse.

Considérons, en premier lieu, l'ulcus rodens. Il débute par des granulations minimes, de la grosseur d'une tête d'épingle, de coloration rouge pâle, qui finissent par se réunir pour former une pla-

que indurée. Ces petites granulations s'ulcèrent, quelquefois spontanément, d'autres fois sous l'influence de grattages. Pour le dire immédiatement, la lésion est assez prurigineuse. L'excoriation se recouvre d'une croûtelette.

Au bout d'un certain temps, la plaque s'accroît par adjonction de granulations périphériques et finalement elle atteint la grandeur d'une pièce d'un franc, de deux francs, rarement plus. Cet épithélioma a un siège particulier. Il se voit surtout, je devrais dire même exclusivement, à la face. Ses localisations électives sont le dos du nez, l'angle interne de l'œil et le front. De la fonte des granulations et de la réunion des excoriations, résulte une ulcération qui a servi à donner à la maladie le nom d'ulcus rodens. On trouve alors un ulcère superficiel, à bords indurés, taillés à pic, à fond granuleux, rougeâtre, couvert d'un liquide visqueux qui se dessèche en croûtes minces, assez faciles à détacher. L'ulcération a une marche lente. Quelquefois, on voit se faire au centre une cicatrisation. D'autres fois, même, quand la lésion a des petites dimensions et est ancienne, la cicatrisation finit par envahir la totalité de l'ulcus et la maladie s'arrête. C'est là une éventualité très rare dont, personnellement, je n'ai observé qu'un exemple. Elle se rencontre plutôt chez les sujets très âgés et est favorisée par le défaut de vitalité de la peau des vieillards.

Cette guérison spontanée, totale ou partielle, de l'ulcus rodens, est, somme toute, une exception. Habituellement, la lésion s'étend peu à peu en surface, sans se propager beaucoup en profondeur. Il est des cas graves, cependant, où non seulement la lésion gagne en superficie, mais aussi en profondeur, pour arriver à détruire une grande partie de la face, y compris les parties molles profondes et les os, causant, dans ces conditions, des dégâts considérables.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués. Il n'y a pas de douleurs. La lésion est seulement prurigineuse, particulièrement au début. En outre, quelle que soit l'étendue de l'ulcus rodens, on ne constate pas d'engorgement ganglionnaire, pas de généralisation, pas de cachexie.

Malgré cela, c'est bien une tumeur maligne, car, si on l'enlève, elle récidive presque constamment. Quand vous opérez un ulcus rodens, la récidive a lieu sur place.

L'ulcus rodens est une variété peu commune d'épithélioma cutané. La forme que vous observerez le plus souvent, la forme fréquente, c'est l'épithélioma papillaire de la peau. Au début, la lésion ressemble au papillome. Il existe même des cas où cet aspect papillaire persiste. Ce « papillome » grandit, sa base s'indure, et il saigne facilement.

Où siège l'épithélioma papillaire de la peau ? Il siège surtout à la face, mais pas exclusivement. On le voit sur tous les points de la face, au menton, au nez, au front, aux tempes, aux paupières, au cuir chevelu. Suivant sa localisation, il peut avoir des propagations diverses ; celui de la paupière peut envahir la conjonctive et l'œil ; celui du nez peut détruire une partie de cet organe et même atteindre les méninges. Nous en avons eu un exemple dans le service. Celui des lèvres peut gagner la muqueuse buccale, les gencives, la voûte palatine. En dehors de la face, toutes les régions du corps peuvent être le siège de l'épithélioma cutané. On l'observe sur le gland, sur le prépuce, où, au début, son diagnostic est souvent difficile. Il commence, sur le gland, par une plaque rouge indurée, à peine saillante, non douloureuse, nettement limitée ; puis, la plaque se couvre de proliférations ayant les caractères de l'épithélioma papillaire.

Au niveau des grandes lèvres, à la vulve, l'épithélioma papillaire est plus rare. Ce que vous rencontrez plutôt, c'est ce qu'on a appelé le kraurosis vulvæ, consécutif à des placards leucoplasiques. L'affection a pour première étape des taches leucoplasiques semblables à la leucoplasie de la bouche. La plaque persiste un certain temps et aboutit à un double processus : l'un épidermique, caractérisé par des proliférations épithéliales, l'autre dermique scléreux, qui intéresse le tissu conjonctif.

Les productions papillomateuses de l'épithélioma de la peau peuvent conserver longtemps leurs caractères du début. Après un laps de temps variable, habituellement l'ulcération survient. Cette ulcération a des bords indurés, renversés, un fond recouvert d'une sérosité qui se concrète en croûtes. L'ulcère s'accroît, mais il met des mois et même des années à s'étendre, n'envahissant qu'à la longue les parties molles, les muscles sous-jacents, provoquant alors une nécrose plus ou moins profonde qui, dans certains cas, peut amener l'élimination d'une partie du néoplasme, avec une cicatrisation qui n'est toujours que partielle.

L'engorgement ganglionnaire, absent dans l'ulcus rodens, peut s'observer dans l'épithélioma papillaire. Il peut parfois se faire aussi une généralisation, principalement quand il y a eu intervention opératoire. Un cancroïde abandonné à lui-même se développe indéfiniment ; il ne se généralise guère que s'il a été opéré, ce qui ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'il ne faille pas l'opérer.

La cachexie, dans l'épithélioma papillaire, est très longue à se produire. Ces épithéliomas, même avec des dégâts locaux considérables, sont compatibles très longtemps avec un état général assez satisfaisant. Vous verrez de ces malades chez qui la lésion a récidivé plusieurs fois après opération, continuer à s'alimenter, assister à la destruction de leur face, avec toute leur connais-

sance et toute leur énergie, l'état général restant encore bon.

Je vous disais que l'épithélioma papillaire peut siéger sur le tronc, à l'ombilic, au mamelon, et sur les membres. L'épithélioma des membres est toujours — en clinique toujours veut dire presque toujours — consécutif à une lésion préexistante, ulcère variqueux, plaque ancienne de psoriasis, cicatrice quelconque. L'épithélioma du mamelon mérite une mention particulière. On l'a appelé « maladie de Paget », et il fut, en effet, étudié, en 1874, par Sir James Paget, le même auteur qui donna la description de la maladie osseuse qui porte également son nom. Vous distinguerez donc la maladie de Paget (épithélioma du mamelon) et la maladie osseuse de Paget, qui est autre chose.

Cette maladie cutanée de Paget est un épithélioma papillaire débutant par le mamelon, particulièrement le mamelon droit. C'est une affection de la femme, quelquefois aussi observée chez l'homme. Nous en avons eu, dans le service, chez un homme, un cas qui a comporté une généralisation à la colonne vertébrale. Vous savez que, dans le cancer du sein, chez la femme, la récidive après exérèse opératoire est généralement ou pleuro-pulmonaire ou vertébrale. Ici, elle a été vertébrale.

L'épithélioma papillaire du mamelon débute par un placard croûteux ou des petites concrétions sur le mamelon. Ces petites concrétions s'arrachent assez difficilement. Au-dessous d'elles le derme est un peu granuleux, excorié ; parfois même, il y a une véritable ulcération fongueuse. Autre signe important : le mamelon se rétracte. D'ailleurs, au bout de quelque temps, la lésion s'étend à l'aréole. L'affection est douloureuse et prurigineuse ; ce dernier caractère facilite sa confusion avec l'eczéma.

Eh bien ! cette lésion, primitivement torpide et superficielle, aboutit à l'épithélioma ulcéré avec tous ses caractères, épithélioma devenant plus ou moins profond, s'étendant aux conduits glandulaires, constituant un cancer du sein.

Deux mots maintenant de la troisième forme d'épithélioma cutané, la forme profonde. Elle est très rare. Elle commence par la profondeur de la peau et donne lieu à une saillie. L'évolution est plus rapide que celle de l'épithélioma papillaire et se rapproche de celle des cancers viscéraux. L'ulcère, une fois produit, ressemble à toutes les ulcérations épithéliomateuses. Le mode d'extension de la tumeur ulcérée est le même que dans les cas précédents. Je le répète, cette forme profonde est peu commune. Ce que nous voyons ordinairement, à la peau, c'est l'épithélioma papillaire.

J'arrive au diagnostic de l'épithélioma cutané. Il est surtout à établir avec le lupus et les syphilides.

Dans le lupus, vous notez autour de l'ulcération des petits tubercules jaunâtres qui sont les lésions élémentaires lupiques. L'ulcère du lupus est peu saignant, à bords moins indurés, plus fragiles. Dans l'épithélioma, au contraire, l'ulcère a des bords saillants, durs, éversés ; il est facilement saignant, recouvert de putrilage d'odeur forte, douloureux. Le diagnostic de l'ulcération cancroïdale et du lupus est facile, sans compter l'engorgement ganglionnaire qu'on peut observer dans l'épithélioma papillaire ulcéré.

L'ulcère syphilitique tertiaire est bien limité, non saignant. Il peut persister longtemps avec un bon état général, chose plus rare au cas d'épithélioma. Un caractère important de l'ulcère tertiaire est sa cicatrisation spontanée. Cette cicatrisation s'observe parfois (exceptionnellement) dans l'ulcus rodens ; elle ne se voit jamais dans l'épithélioma papillaire ulcéré. Non seulement l'ulcère tertiaire se cicatrise spontanément, mais il ne s'accompagne d'aucune douleur, ni (dans les conditions ordinaires) d'engorgement ganglionnaire. On trouve, d'ailleurs, habituellement, des indices de syphilis dans l'examen du malade et dans ses antécédents. Et puis, il y a le Wassermann et l'épreuve du traitement, meilleure que le Wassermann encore. Le traitement spécifique n'est pas nuisible dans l'épithélioma ou le lupus (sauf l'iodure de potassium pour le lupus). Dans les cas douteux, lorsque le diagnostic est hésitant entre les trois affections, lupus, épithélioma, syphilis, ayez recours au traitement d'épreuve, alors même que le Wassermann est négatif. Un Wassermann négatif n'a pas de valeur absolue et il ne doit pas empêcher la médication mercurielle d'épreuve. Pour vous montrer l'importance de cette médication d'épreuve, je vais vous signaler trois observations de malades.

Voici la première. Il nous est arrivé dans le service, il y a quelques mois, une femme atteinte d'une ulcération de la cuisse qui offrait tous les caractères de l'ulcère cancroïdal. Ce diagnostic fut adopté par tout le monde et, à titre de confirmation histologique, un fragment fut prélevé et examiné par MM. Gougerot et Paris. La préparation microscopique montra une structure typique d'épithélioma. Pendant ce temps, néanmoins, un traitement mercuriel d'épreuve avait été commencé, et, comme j'enseigne depuis bien longtemps que l'histologie ne peut pas nous permettre de trancher un diagnostic en matière de lésion de la peau, ce traitement d'épreuve fut continué. Or, l'ulcère en question a guéri rapidement avec la cure mercurielle. Ce cancroïde de par l'examen microscopique était une syphilide tertiaire ulcérée !

J'ai dit autrefois que l'on trouvait dans la syphilis des cellules géantes, comme dans la tuberculose. M. Nicolas (de Lyon) a plus tard confir-

mé mon opinion, avec preuves à l'appui. J'ai dit aussi que le globe épidermique n'est pas caractéristique, non plus, de l'épithélioma ; j'en apporte aujourd'hui la démonstration. Vous le voyez, dans ce diagnostic différentiel, la vieille médecine (avec le traitement d'épreuve) doit primer le plus jeune laboratoire (avec l'examen histologique).

Les éléments de diagnostic que j'ai indiqués pour les lésions ulcéreuses se retrouvent pour les lésions végétantes. Celle-ci peuvent se ressembler dans le cancer, la syphilis et le lupus végétant. Le saignement facile, l'engorgement ganglionnaire, appartiennent à l'épithélioma. Nous avons aussi les autres signes différentiels dont j'ai parlé à propos des ulcus.

Le diagnostic de l'épithélioma cutané offre en certaines régions, au mamelon et à la verge, principalement, des difficultés particulières.

L'épithélioma commençant du mamelon, la maladie de Paget, est d'autant plus important à reconnaître qu'il est nécessaire d'opérer dès le début si l'on veut espérer obtenir la guérison. La maladie de Paget,comme l'eczéma du mamelon, est prurigineuse.Mais, dans la maladie de Paget, la lésion n'est pas diffuse ; il y a des petites granulations, et jamais de vésicules. A la vérité, ce diagnostic est difficile et habituellement il n'est pas fait. On attend que la lésion prenne les caractères de l'épithélioma pour intervenir. Comme l'opération à pratiquer n'est autre que l'amputation du sein, elle est rarement acceptée des malades, au début, même si on la propose catégoriquement, à ce moment.

L'épithélioma de la verge peut ressembler au chancre syphilitique ou à des syphilides gommeuses ulcérées et infectées (accompagnées, de ce fait, d'adénopathie). La similitude est quelquefois très grande. En voici deux exemples typiques. Je fus appelé un jour (il y a assez longtemps déjà) à voir un malade en consultation avec son médecin. J'examinai la gorge et constatai des syphilides ulcéreuses ayant détruit la luette. Notre confrère, tout en inclinant vers la syphilis, pensait aussi à la possibilité d'un épithélioma de l'isthme du pharynx. Le malade, en effet, avait été opéré d'un « épithélioma » de la verge, six mois auparavant par un chirurgien très expérimenté. Le chirurgien avait enlevé la verge. Je conseillai, néanmoins, le traitement spécifique et le patient guérit complètement ; qui plus est, la plaie qui persistait depuis l'amputation de la verge, se cicatrisa également. Ainsi voilà un malade chez lequel la verge avait été amputée pour un chancre !

Vous voyez que l'erreur est possible. Un autre exemple d'erreur — moins sérieux, comme conséquence — m'est personnel et je l'ai, d'ailleurs, signalé dans une communication à la Société de dermatologie. Il y a quelques années, vint dans le service un homme porteur sur la verge d'une ulcération fongueuse avec adénopathie, ayant l'aspect type de l'épithélioma. Je le montrai aux trois chefs de services chirurgicaux de l'hôpital qui diagnostiquèrent également un épithélioma inopérable. Contrairement à ma règle de conduite habituelle, je ne fis pas faire de traitement d'épreuve ou plutôt, les premières piqûres ayant été douloureuses, je cédai aux instances du malade qui demandait de les cesser. Il était venu à l'hôpital pour qu'on lui fît des applications de radium. Malgré le radium, il alla de mal en pis. C'est alors que, au pavillon Gabriel, on le traita par les piqûres d'hectine. L'hectine, comme le 606, est un excellent cicatrisant. Rapidement, l'ulcère de ce malade guérit ; il s'agissait d'une syphilide. Pourquoi ai-je fait cette erreur ? Parce que, pour une fois, je n'ai pas voulu appliquer le traitement d'épreuve, pour une fois j'ai cru à la certitude de mon diagnostic objectif. Dans des cas semblables, quand vous serez en présence d'une lésion de la verge qui ressemble à une syphilide et à un épithélioma, faites toujours le traitement mercuriel d'épreuve.

(*Leçon recueillie par le Dr* P. LACROIX).

PRATIQUE COURANTE

L'examen préalable d'une nourrice,

Par le Dr Paul DELMAS,

Professeur agrégé d'accouchements,
à la Faculté de médecine de Montpellier.

Fréquemment, le médecin est sollicité de se prononcer sur les qualités professionnelles d'une nourrice, avant son entrée en place, au sortir du bureau de placement. Cet examen, dont l'importance n'a pas besoin d'être démontrée, engage la responsabilité morale et matérielle du praticien ; des jugements de plus en plus nombreux en font foi. Il n'est donc pas inutile de suivre sur ce point un plan méthodique arrêté à l'avance.

L'examen que demandent les familles est unilatéral. Il les renseigne sur la valeur de la postulante. Celle-ci, en retour, ignore tout de l'enfant qui va lui être confié. Pour choquante et dangereuse que soit cette injustice, le médecin doit se cantonner dans le mandat qui lui a été confié. Exception cependant doit être faite pour le cas où sa qualité de médecin traitant lui aurait permis de reconnaître l'existence de la syphilis chez l'enfant ou ses géniteurs. On sait qu'en pareil cas c'est règle absolue pour lui de s'opposer à l'introduction d'une nourrice mercenaire. Par là même, il s'interdit d'en examiner aucune.

I

Les classiques recommandent à l'envi de se faire tout d'abord présenter l'*enfant de la nourrice* ; il serait, à les en croire, la plus fidèle traduction des capacités de la candidate. En réalité, rien n'est plus décevant ; le plus souvent, l'enfant n'est pas présenté, soit qu'il ait succombé, aveu difficile à obtenir, soit qu'il ait déjà été placé au loin. Dans l'hypothèse inverse, le poupon soumis aux investigations du médecin peut fort bien avoir été prêté ou loué à la journée pour les besoins de la cause. Pratiquement, ce point de l'examen est sans valeur.

A. — Pour la même raison, la plupart des *données d'interrogatoire* n'ont-elles d'importance que dans la mesure où elles peuvent être contrôlées objectivement. Sous cette réserve, il faut cependant poser quelques questions qui pourront, le cas échéant, être par la suite opposées à la nourrice en cas de tromperie. Les réponses de la postulante seront toutes subordonnées à ce qu'elle croit être son intérêt ; à ce compte, elle conviendra plus volontiers d'une pleurésie que d'une bronchite.

En dépit de l'article 8 de la loi Roussel, qui prescrit à toute femme qui veut se placer comme nourrice sur lieu de se munir d'un certificat du maire de sa résidence, attestant, au cas où son enfant est vivant, qu'il est âgé de 7 mois révolus ou, s'il n'a pas atteint cet âge, qu'il est allaité par une autre femme, la candidate affirmera donc sans autre preuve que son lait est jeune, répondant ainsi à l'avance au désir des familles.

Contrôle tout aussi malaisé touchant les questions successives qui peuvent lui être adressées : parité et sort des précédents enfants, interrogatoire touchant les différents appareils, l'état général, amaigrissement, fièvre, les antécédents personnels ou familiaux.

B. — *L'examen objectif* mérite en revanche une extrême attention, dans celles de ses parties tout au moins qu'il aura été possible d'effectuer.

L'*aspect d'ensemble* du sujet donne une première impression sur l'âge — de 20 à 30 ans — l'embonpoint — sans excès en deçà ou en delà — l'air de propreté du sujet duquel le déshabillage de tout à l'heure réserve peut-être quelque surprise.

a) Passant ensuite à l'observation analytique, au niveau de la *tête*, il faudra successivement regarder la chevelure pour y dépister la malpropreté, les parasites, les plaques d'alopécie ; — le visage et ses pigmentations ; — la bouche avec ses dents plus ou moins bien tenues et cause, si par trop délabrées, de regrettables dyspepsies ; — les muqueuses labio-glosso-pharyngées où les accidents secondaires doivent être recherchés.

L'existence, dans la *région cervicale*, du collier de Vénus ou d'adénopathies, permet de reconnaître la syphilis ; les cicatrices déprimées et adhérentes signifient la scrofule.

Le sujet est maintenant prié de se dénuder jusqu'à la ceinture. Entre temps sera observée la netteté des vêtements et du linge. Le *thorax* découvert, ses téguments montrent éruptions, lésions de grattage, traces de révulsion ou d'ignipuncture. — L'auscultation attentive du cœur et du poumon, à travers une serviette qui recouvre en même temps la chevelure, n'aura pas été négligée.

b) Voici maintenant l'*examen des seins*. Leur volume n'a qu'une valeur de second plan ; à une énorme mamelle pendante sera préféré le sein ferme où le palper montre un grain glandulaire pressé sous une peau parcourue par de nombreuses veines. — Pour être correct, le mamelon doit être saillant, à peau souple, sans trace d'érosions ou de fissures, pourvu d'orifices en nombre suffisant. — La traite des canaux galactophores donne une idée approximative par son jaillissement de la richesse sécrétoire de l'organe.

Se prononcer sur la *qualité du lait*, *ex abrupto*, dans le cabinet, ne saurait être qu'un simulacre, et l'époque est passée où le médecin se croyait tenu de déguster gravement le lait des candidates. — Plus utilement, pourrait-il en recueillir quelques centimètres cubes dans une cuiller en argent pour apprécier par son opacité la richesse relative du liquide en beurre.

c) Théoriquement, pour être complet, l'examen devrait continuer par l'exploration des organes génitaux. Périnées délabrés, vulves végétantes ou syphilitiques, vagins métritiques, autant de constatations que la sotte pruderie ou le mauvais vouloir des nourrices ne permet pas, en fait, de contrôler.

A défaut, il se faut contenter, le sujet couché sur une chaise longue, de l'inspection et du palper du ventre, comme pour contrôler l'involution utérine. Du coup, les ganglions inguinaux seront aussi explorés, et, après eux, les membres inférieurs.

II

L'ensemble de ces investigations minutieuses terminé, le médecin peut formuler une opinion motivée. Est-elle défavorable à la candidate ? Il devra succinctement indiquer les *raisons de son refus*, sans jamais leur donner une forme désobligeante ; au contraire, toutes les fois que ce sera compatible avec la vérité, il insistera sur les inconvénients que pourrait présenter le nourrissage par la mercenaire.

III

Si la postulante remplit toutes les conditions requises, le médecin n'a encore rempli que la moitié de sa tâche. Après avoir indiqué à l'une et l'autre partie la possibilité médicale du contrat de louage, favorable à l'enfant sans que cepen-

dant la nourrice ait à en pâtir de son propre chef, l'heure est venue de tracer avant la lettre un *programme d'existence* réglée qui, librement accepté de ceux-là et de celle-ci, leur serve de commune charte.

A. — Il sera donc spécifié avec netteté les grandes lignes du *régime alimentaire* à suivre pour éviter toutes contestations par la suite. En principe analogue à celle des patrons ou de l'office, la nourriture de la jeune femme doit comporter, sauf variations opportunes, une soupe épaisse, un plat de viande ou de poisson maigre suivi d'une copieuse assiettée de pâtes alimentaires ou de purées de légumes dont l'action galactogène est bien connue ; comme dessert, laitage ou compote de fruits cuits au sucre. Boissons abondantes d'où l'alcool sous toutes ses formes doit être soigneusement exclu. Un demi-litre de vin par jour doit suffire, convenablement étendu d'eau. Les vertus supposées de la bière ne sont guère défendables, à doses usuelles tout au moins.

Comme prohibition, tous aliments toxiques ou à déchets odorants : gibier, charcuterie, poissons gras, choux, asperges, ail et fromages faits.

B. — Deuxième ordre de recommandations relatives aux *tétées* ; leur régularité doit être posée en dogme, et dans leur intervalle, variable avec l'âge de l'enfant, le cri ne doit jamais être prétexte à anticipations, mais servir d'avertissement à changer l'enfant s'il s'est sali, à réchauffer si ses bouillottes sont froides, ou à tout autre soin analogue. — La valeur des prises de lait sera proportionnée au poids de l'enfant, et comme chaque nourrice a un coefficient personnel de rapidité dans la traite, c'est par tâtonnements dans les premiers jours que sera fixée la durée des mises au sein. L'enfant mis en équilibre avant la tétée avec une tare placée dans l'autre plateau de la balance, la ration sera déduite de la surcharge additionnelle nécessaire pour rétablir après coup l'horizontalité des deux plateaux.

C. — Le *contrôle* de la valeur du nourrissage fera l'objet des derniers conseils.

a) Est-il suffisant *pour l'enfant* ? Des pesées hebdomadaires renseigneront la famille sur les gains journaliers qui seront comparés aux chiffres moyens adoptés par tous les auteurs. Comme la suralimentation est l'écueil habituel, l'attention des parties sera attirée sur ses premiers signes : selles mal liées, verdâtres, érythème fessier.

b) Il faut enfin que l'exercice de sa profession ne soit pas *pour la nourrice* cause de fatigue trop grande. Il lui sera donc expliqué combien il est important pour elle de se peser une ou deux fois par mois. Autant un poids constant ou en légère augmentation est chose satisfaisante, autant une série de pertes successives doit l'engager à renoncer à sa place. Un salaire élevé ne saurait jamais compenser les risques d'une santé compromise.

Tel est, dans l'ensemble, le plan à suivre par le médecin soucieux de sa responsabilité, morale tout au moins : prendre simultanément les intérêts des deux parties en présence. Il est à peine besoin de dire que sa souplesse de clinicien avisé saura l'adapter à chaque cas particulier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La méthode des injections intra-bronchiques. — L'anaphylaxie dans les cas d'intolérance pour l'antipyrine. — Traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par l'émétine. — Application du 606 dans la stomatite et l'angine de Vincent. — Mort par le salvarsan. — Tétanos grave guéri par le chloral. — Un incident de la ponction lombaire : la ponction du disque intervertébral. — Action du salvarsan chez les tuberculeux syphilitiques. — Septicémie gonococcique mortelle. — Ictère grave sans lésions hépatiques. — Guérison des dacryocystites par l'ouverture intranasale du sac lacrymal. — Deux cas de transfusion sanguine. — Kyste dermoïde du ligament large en voie de malignisation. — Quelle méthode chirurgicale employer dans les tumeurs de l'hypophyse ? — Deux cas de fièvre typhoïde traités par le sérum de Ropet. — Un cas de délire post-sérique. — Pleurésie et péritonite tuberculeuse. — Constipation chronique. — Occlusion intestinale. — Fracture de la voûte du crâne.

M. Guisez lit à l'*Académie de médecine* une note sur *la méthode des injections massives intrabronchiques en particulier dans la gangrène pulmonaire.*

Il est possible d'injecter, sans inconvénient ni douleur, dans l'une ou l'autre bronche, pour agir localement sur un état pulmonaire déterminé, 20 à 25 cent. cubes d'huile contenant soit du gomenol, soit du gaïacol.

L'injection peut se faire, directement à l'aide du bronchoscope, ou avec le miroir laryngoscopique. Si l'injection doit être répétée, on a généralement recours au miroir. Après anesthésie locale du larynx et de la partie supérieure de la trachée, on fait pénétrer la canule de la seringue, en franchissant la glotte, sous le miroir. Il est possible d'envoyer le liquide dans une seule bronche à l'exclusion de l'autre en se mettant dans les conditions suivantes : 1° se munir d'une canule suffisamment longue pour que son extrémité puisse dépasser de un ou deux centimètres la bifurcation bronchique ; 2° une fois la canule introduite, faire coucher le malade du côté à injecter et diriger l'extrémité de la canule de ce côté.

Des faits expérimentaux démontrent que le liquide arrive ainsi sur le parenchyme pulmonaire lui-même. La clinique confirme les données expérimentales. Dans dix cas de gangrène pulmonaire, M. Gui-

✦✦✦

sez a obtenu avec cette méthode dix guérisons. Le traitement est donc un véritable spécifique de la gangrène pulmonaire. En matière de tuberculose, les effets sont simplement palliatifs.

— M. PAGNIEZ communique à la *Société médicale des Hôpitaux* une étude sur l'*anaphylaxie dans les cas d'intolérance pour l'antipyrine.*

L'anaphylaxie traduit un état de vulnérabilité spéciale que peut acquérir l'organisme pour une deuxième injection de certaines substances organiques. A la lumière des notions qu'a fournies l'étude de ce phénomène, on est arrivé à ranger dans les manifestations anaphylactiques diverses anomalies jusque-là inexpliquées, appartenant au vaste groupe des anciennes idiosyncrasies : tels, par exemple, les accidents d'intolérance observés vis-à-vis de quelques produits alimentaires, comme les œufs, les moules, etc. Pour les idiosyncrasies médicamenteuses, la question est encore indécise, car la sensibilisation anaphylactique paraît ne pouvoir se manifester qu'à l'égard de produits organiques albuminoïdes.

On a signalé, toutefois, des faits d'anaphylaxie pour plusieurs substances cristalloïdes. M. Cruveilhier a reconnu expérimentalement, chez l'animal, la possibilité d'une anaphylaxie pour l'antipyrine et un auteur allemand, Bruck, dit l'avoir retrouvée chez l'homme. Ayant eu l'occasion d'observer deux sujets présentant une intolérance très nette pour l'antipyrine, M. Pagniez a cherché à mettre en évidence la nature anaphylactique de cette intolérance. Les résultats n'ont pas été concluants, et n'ont pas apporté la confirmation du rôle de l'anaphylaxie dans les accidents cutanés provoqués par l'antipyrine.

M. ACHARD n'a pas trouvé, non plus, de phénomènes d'anaphylaxie passive avec le sérum de 3 malades offrant de l'intolérance médicamenteuse, pour l'antipyrine, l'iodoforme et la quinine.

— M. Louis RÉNON fait à la *Société médicale des hôpitaux*, une communication sur le *traitement de la pneumonie et de la broncho-pneumonie par l'émétine.*

M. Rénon a utilisé le chlorhydrate d'émétine dans sept cas de pneumonie et dans huit cas de broncho-pneumonie grave chez des sujets âgés, à la dose de 2 centigr. matin et soir, en injections. Le traitement a été très bien toléré, sans amener ni nausées, ni vomissements, ni troubles de la diurèse. Comme il présente une efficacité plus grande que l'ancienne thérapeutique par l'ipéca, il paraît applicable aux cas graves des inflammations pulmonaires. L'action thérapeutique a été plus nette dans les broncho-pneumonies où elle semble avoir produit une amélioration appréciable des symptômes, avec augmentation de l'expectoration. L'effet du traitement dans la pneumonie est plus difficile à apprécier : 6 malades ont guéri sur 7, sans que la durée de l'affection ait été abrégée chez aucun d'eux.

MM. Félix RAMOND et J. DURAND ont obtenu des résultats souvent satisfaisants de l'émétine dans le traitement des bronchites aiguës et chroniques. Ils injectent des doses de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 de sulfate d'émétine pendant cinq à six jours. La région la plus favorable est la fesse ou la partie externe de la cuisse ; l'injection peut être sous-cutanée ou intra-musculaire. La douleur et la réaction locale sont presque nulles. La méthode, d'ailleurs, a toujours paru inoffensive et sans contre-indication. Elle est parfaitement supportée par les vieillards.

L'idée de traiter les inflammations bronchiques et alvéolaires par l'émétine dérive de l'usage ancien de l'ipéca. M. Ramond cite douze observations, deux de bronchite aiguë et dix de bronchite chronique où il a eu recours aux injections d'émétine, avec des résultats quelquefois peu appréciables, d'autres fois réellement favorables. C'est, en définitive, une médication de plus à ajouter à l'arsenal thérapeutique assez démuni d'armes très actives vis-à-vis de la bronchite chronique. On peut l'employer à toutes les périodes de cette dernière

— M. Charles FLANDIN rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* sept observations de *stomatite et d'angine de Vincent traitées par les applications de* 606.

MM. Achard et Flandin ont été les premiers, en 1911, à employer l'arséno-benzol en applications locales dans le traitement de l'angine de Vincent. Depuis, cette méthode, qui donne de bons résultats, a été mise en œuvre par divers auteurs. M. Flandin l'a utilisée récemment pour le traitement d'une stomatite ulcéreuse de Vincent, dont la marche a été arrêtée ainsi en quelques heures. Dans six cas d'angine de Vincent, la guérison a pu être obtenue en quatre à cinq jours.

Ces observations montrent combien est actif et rapide l'effet du 606 dans l'angine de Vincent. M. Flandin préfère le salvarsan au néo-salvarsan qui se décompose plus rapidement à l'air.

— MM. DE MASSARY et CHATELIN rapportent à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de *mort à la suite d'une injection de salvarsan chez un paralytique général.*

Le malade fut traité, en pleine poussée de méningo-encéphalite, par une seule injection intra-veineuse de 30 centigrammes de néo-salvarsan. Il mourut dans la nuit du lendemain.

M. SERGENT pense que la débilité surrénale joue un rôle dans la pathogénie des accidents consécutifs au traitement par le salvarsan. De là, découlerait l'utilité, quand on emploie la médication par le sel d'Ehrlich, d'administrer préventivement l'adrénaline et de soumettre les malades à un repos complet, avant, pendant et après l'injection, pour éviter la débilité surrénale provoquée par le surmenage musculaire.

— M. ROCH et Mlle COTTIN font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur un *cas de tétanos grave, traité par le chloral et guéri.*

En vingt jours, le malade, un enfant de treize ans, reçut 156 gr. de chloral, par voies diverses, buccale, rectale, intra-veineuse. La dose par vingt-quatre

heures atteignit parfois 17 et 18 grammes. La guérison fut obtenue malgré l'intensité des accidents tétaniques. Pour le dosage du chloral en pareil cas, les auteurs pensent qu'on doit se laisser guider par les circonstances plus que par une idée préconçue : n'en donner que juste ce qu'li faut pour calmer le malade, mais en donner assez pour le calmer.

— M. Pierre MERLE (d'Amiens) signale, à la *Société médicale des hôpitaux, un incident au cours de la ponction lombaire chez l'enfant : la ponction du disque intervertébral.*

En pratiquant une rachicentèse, chez un enfant indocile, M. Pierre Merle fut surpris de voir sortir par le pavillon de l'aiguille une substance blanche assez consistante, mi-sirupeuse, mi-gélatineuse. Il s'agissait du noyau gélatineux contenu dans le disque intervertébral, qui avait été ponctionné.

— MM. JEANSELME, VERNES et M. BLOCH présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur l'*action du salvarsan chez les tuberculeux syphilitiques.*

On sait que les arsenicaux et en particulier le salvarsan peuvent déterminer des réactions vaso-motrices intenses. Il semblerait donc qu'il y ait lieu de redouter leur action congestive chez les sujets porteurs de lésions pulmonaires. Effectivement, la syphilis évoluant sur un terrain bacillaire a été considérée comme une contre-indication à la méthode d'Ehrlich.

MM. Jeanselme, Vernes et Bloch ont recherché si ces appréhensions sont justifiées et ils ont traité 13 malades, à la fois syphilitiques et tuberculeux par le salvarsan ou le néo-salvarsan. Le traitement n'a provoqué d'hémoptysies en aucun cas. Il n'a pas aggravé la tuberculose avancée et a, d'autre part, agi efficacement sur l'anémie et la dénutrition qui accompagnent la bacillose au début. M. Jeanselme conclut qu'il n'y a pas de contre-indication à l'emploi du salvarsan ou du néo-salvarsan, du fait de l'existence d'une tuberculose chez un syphilitique. Bien plus, ces malades peuvent tirer un grand bénéfice du traitement.

M. RÉNON a traité deux tuberculeux syphilitiques par le salvarsan, à la dose de 0,15 et 0,20. Il n'a observé aucun accident, notamment pas d'hémoptysie.

M. BÉLIN a vu, chez les syphilitiques tuberculeux, le salvarsan améliorer la tuberculose.

M. Léon BERNARD n'a pas noté d'effet utile du salvarsan sur les lésions tuberculeuses, mais il a toujours observé une tolérance parfaite du médicament par les tuberculeux chroniques.

M. SERGENT a montré, dans de précédentes études, que le mercure est utile et favorable chez la majorité des tuberculeux syphilitiques. Ce qui est vrai pour le mercure, ajoute-t-il, l'est aussi pour les arsenicaux, tels que l'hectine et le salvarsan.

— MM. ŒTTINGER, P.-L. MARIE et MORANCÉ rapportent à la *Société médicale des hôpitaux*, un cas de *septicémie gonococcique essentielle compliquée d'endocardite et de néphrite.*

Le malade, après quelques arthropathies fugaces, et sans qu'on puisse découvrir chez lui de traces de blennorrhagie, fut atteint d'accès fébriles à type intermittent, avec frissons, rappelant le paludisme, de splénomégalie, de pâleur cireuse des téguments. Ultérieurement, se montrèrent des signes d'endocardite végétante et de néphrite aiguë hydropigène.

L'hémoculture décela dans le sang un diplocoque que les méthodes bactériologiques précises identifièrent avec le gonocoque, quoique l'examen clinique n'ait pu révéler aucune localisation gonococcique initiale. Malgré les tentatives thérapeutiques, la vaccinothérapie par le vaccin atoxique de Nicolle et Blaizot, le patient succomba.

On retrouve, chez ce malade, les traits caractéristiques de la septicémie gonococcique indiqués par Chevrel et Fortin, les grands accès fébriles, les frissons, la splénomégalie, l'anémie profonde, l'endocardite comme complication. La néphrite est plus rare. Un point méritant de retenir l'attention est l'absence de porte d'entrée appréciable à l'infection générale, l'absence d'uréthrite en particulier.

Le patient niait catégoriquement toute blennorrhagie antérieure.

— MM. BRUHL et René MOREAU lisent à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur un cas d'*ictère grave mortel sans lésions hépatiques.*

Le malade, un homme de 58 ans, fut atteint d'un syndrome d'ictère grave : ictère, hémorrhagies nasales et gingivales, prostration, délire, anorexie et vomissements, hypothermie, etc. Il succomba le huitième jour après son entrée à l'hôpital. On trouva, à l'autopsie, des altérations marquées des reins et du pancréas, mais avec un foie à peu près indemne. La cause de cet ictère grave primitif est restée obscure ; les hémocultures pendant la vie furent négatives.

Cette observation, remarque M. GOUGET, montre, une fois de plus, que l'atteinte du foie n'est pas tout dans l'ictère grave. Le terme d'ictère grave, dit-il, n'a qu'une valeur purement clinique. L'ictère grave est un syndrome auquel on a voulu attribuer un substratum constant, soit au point de vue anatomopathologique sous la forme de l'atrophie jaune du foie, soit au point de vue de la physiologie pathologique, en y voyant l'expression de la grande insuffisance hépatique. Ces interprétations se trouvent plus d'une fois en défaut. Ictère grave signifie simplement *ictère avec accidents graves* (nerveux, hémorrhagiques, etc.), à évolution rapide, sans préjuger de leur origine, qui peut être surtout hépatique, ou surtout rénale, parfois aussi cardiaque, voire même surrénale, le plus ordinairement complexe. La septicémie ou l'intoxication originelle, souvent mal déterminée, d'ailleurs, atteint en même temps toute une série d'organes. L'atteinte du foie s'affiche par un symptôme apparent, l'ictère, mais le foie n'est pas nécessairement le plus touché.

— M. Bourguet fait, à la *Société de médecine de Toulouse,* une communication sur la guérison *des dacryocystites par l'ouverture intranasale du sac lacrymal.*

Il rappelle que nombre de malades atteints de dacryocystites rebelles dues particulièrement à la sténose du canal lacrymo-nasal, présentent de l'épiphora que ne peuvent guérir ni les sondages répétés, ni les autres procédés employés couramment. Dans 7 cas, M. Bourguet a usé du procédé de l'américain West, qui consiste à enlever par voie endonasale la paroi interne du sac lacrymal, et à créer ainsi une large brèche permettant le libre passage des larmes dans les fosses nasales.

Cette intervention, trop peu connue et trop peu pratiquée, ne lui a donné que d'excellents résultats et tous ses malades, suivis depuis plus d'un an, n'ont plus présenté aucune complication.

— MM. Clermont, Bourguet et Ducuing rapportent à la *Société de chirurgie de Toulouse* deux cas de *transfusion sanguine* effectuée au moyen des tubes de Tuffier. Dans chaque cas, la durée de transfusion a été de 18 minutes et la quantité de sang écoulée de 600 et de 1.632 grammes. Ces chiffres se rapprochent de ceux que leurs recherches expérimentales sur les animaux leur avaient déjà donnés et montrent que la vitesse de transfusion, infiniment supérieure à celle qui avait été indiquée par les premiers auteurs, explique fort bien, par suite de la déperdition considérable de sang, les phénomènes d'anémie grave présentés par les donneurs.

— MM. Tourneux et Fabre présentent une observation de *kyste dermoïde du ligament large en voie de malignisation.* C'est là un fait extrêmement rare, et la littérature médicale ne contient que 12 cas de ces kystes dermoïdes ; encore est-il impossible, sur la lecture des observations, de se rendre compte s'il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire inclus secondairement, ou d'un véritable kyste du parovaire. Dans le cas présent il agissait bien d'un kyste du parovaire, la présence de l'ovaire normal ayant été constatée à l'opération. On doit rattacher la pathogénie de ces tumeurs soit à un ovaire surnuméraire, soit à l'organe de Rosenmuller.

— M. Bourguet donne lecture d'un mémoire intitulé : *Quelle méthode chirurgicale employer dans les tumeurs de l'hypophyse ?* Après avoir montré une tumeur hypophysaire qu'il lui a été donné d'opérer, il insiste sur le diagnostic si délicat de ces néoplasmes et accorde la plus grande valeur à deux symptômes qu'il considère comme pathognomoniques, l'*hémianopsie bitemporale,* et *l'élargissement de la selle turcique.* Il passe ensuite en revue les différentes voies d'accès de la loge hypophysaire, fait la critique des divers procédés et se déclare partisan suivant le degré d'extension du néoplasme, soit de la voie intracranienne de Krauss, soit de la voie palatine de Kœnig.

— MM. Rémond (de Metz) et Minvielle rapportent à la *Société anatomo-clinique de Toulouse deux cas de fièvre typhoïde traités par le sérum de Rodet.* Ils ont pu constater la diminution d'intensité de la maladie ainsi qu'une diminution de près la moitié de l'évolution.

— M. Rémond (de Metz) communique un cas de *délire* survenu à la suite du traitement par le vaccin de Vincent. Les phénomènes cérébraux se sont manifestés à la suite de la 3e injection et ont duré près de 8 jours ; ils ont ensuite complètement disparu.

— M. Baylac présente deux malades atteintes, l'une de pleurésie, l'autre de péritonite tuberculeuse qu'il a traitées suivant sa méthode de lavage des séreuses par de l'eau chaude stérilisée à 37° pour la pleurésie, et à 44° pour la péritonite. Les résultats en ont été excellents.

— MM. Mériel et Marie communiquent un certain nombre de radiographies prises chez des malades présentant de la *constipation chronique* et qui montrent que la lumière intestinale est en divers points comprimée par différents obstacles situés en dehors de l'intestin. M. Mériel passe ensuite en revue les différentes théories de la constipation chronique et termine par la relation d'un cas qu'il a récemment opéré

— MM. Tourneux et Viguier rapportent une observation d'occlusion intestinale par réduction en masse de hernie étranglée. La laparotomie permit de voir la réduction propéritonéale du sac et de son contenu.

— MM. Tourneux et Viguier présentent un malade atteint de fracture de la voûte du crâne irradiée à la base s'accompagnant d'issue de matière cérébrale. La trépanation permit d'enlever un fragment osseux comprimant le cerveau et de réaliser un nettoyage des plus sévères de la région traumatisée. Les suites ont été excellentes et la plaie s'est cicatrisée sans présenter aucun phénomène quelconque.

TECHNIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude des variations de la pression artérielle pendant une cure thermale (1)

(*Suite et fin.*)

Remarques.

La formule de la pression chez les traumatisés (fractures, luxations anciennes ou relativement récentes, mais amenant à un degré quelconque, une impotence fonctionnelle) est (si nous éliminons le cas unique du mal perforant) la plus élevée de nos moyennes.

(1) Voir *Concours Médical,* n° 16.

3e PARTIE

TABLEAU IV. — *Tableau des pressions suivant une échelle décroissante dans un état morbide déterminé.*

A. *P. Mx. Décroissante.* — NOMBRE DES MALADES

Diagnostic	1 Mal perforant	30 Traumatisme	2 Asthme	1 Cancer	2 Aff. larynx N. Pl.	33 Arthropathie	5 Diabète	21 Syphilis	7 Ménopause	47 Tub. externe	20 Neurasthénie	13 Dermatose	3 Dysovarie	10 Tub. pulmonaire	4 Amyotrophie	5 Scrofule
P. Mx. D	23	18,83	18	18	17	16,94	16,80	16,66	16,56	15,19	14,85	14,30	13,66	13,60	13	12,8
P. Min.	9	9,26	10	9	9	9,20	10,60	9	8,69	8,44	7,10	8,1	8	8	9,75	7
P. diff.	14	9,57	8	9	8	8,74	6,20	7,66	7,87	6,75	7,75	6,20	5,66	5,60	3,25	5,8
N° des colonnes...	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

B. *P. Min. Décroissante.* — NOMBRE DES MALADES

Diagnostic	5 Diabète	2 Asthme	4 Amyotrophie	30 Traumatisme	33 Arthropathie	1 Mal perforant	1 Cancer	2 Aff. naso-laryngée	21 Syphilis	7 Ménopause	47 Tuberc. externe	13 Dermatose	3 Dysovarie	10 Tub. pulmonaire	20 Neurasthénie	5 Scrofule
P. Mx.	16,80	18	13	18,83	16,94	23	18	17	16,66	16,56	15,19	14,30	13,66	13,60	14,85	12,8
P. Min. D	10,60	10	9,75	9,26	9,20	9	9	9	9	8,69	8,44	8,1	8	8	7,10	7
Diff.	6,20	8	3,25	9,57	8,74	14	9	8	7,66	7,87	6,75	6,20	5,66	5,60	7,75	5,8
N° des colonnes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

C. *P. D. Décroissante.* — NOMBRE DES MALADES

Diagnostic	1 Mal perforant	30 Traumatisme	1 Cancer	33 Arthropathie	2 Aff. naso-laryngée	2 Asthme	7 Ménopause	20 Neurasthénie	21 Syphilis	47 Tuberc. externe	5 Diabète	13 Dermatose	5 Scrofule	3 Dysovarie	10 Tub. pulmonaire	4 Amyotrophie
P. D.	14	9,57	9	8,74	8	8	7,87	7,75	7,66	6,75	6,20	6,20	5,80	5,66	5,60	3,25
N° des colonnes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

— Ou bien le chiffre de $\frac{18,83}{9,26}$ se rapproche de la pression normale d'un individu sain, et dans ce cas, ce chiffre est beaucoup plus élevé que celui qui a été donné par les expérimentateurs

— Ou bien ce chiffre $\frac{18,83}{9,26}$ indique nettement une légère hypertension : celle que Robin Fiessinger, Martinet, Mathieu, etc., appellent la *réaction de défense.*

Nous soumettons l'explication suivante: 1e blessé qui a subi fracture, luxation, etc., est resté longtemps immobile, soit au lit, soit sur une chaise longue et souvent (c'est le cas des traumatismes graves que nous voyons à Barèges il ne peut reprendre ses occupations anciennes; en tous cas il n'est plus capable de se livrer aux mêmes exercices, il digère moins bien, il assimile moins bien, son déchet « urée » augmente, les rapports urologiques sont renversés.

Voilà des cas où la recherche de la viscosité du sang peut, croyons-nous, éclairer le diagnostic. (L'an dernier, nous n'avons pu faire cette recherche, ne possédant pas l'appareil de Walter Hess. Nous contrôlerons nous-même nos propres observations durant la saison prochaine) ;

2° Dans le tableau 4 (affections morbides), il n'est question ni d'artério-sclérose, ni de cardiopathies. En effet, les malades justiciables de Barèges nous sont envoyés pour toute autre chose que les affections cardio-vasculaires qui, du reste, y sont formellement contre-indiquées.

Nous n'avons examiné qu'un seul cas d'insuffisance mitrale $\left(\frac{18}{11}\right)$ et encore ce chiffre ne correspond-il pas complètement aux mensuration de Lian. Cet auteur fait remarquer, comme Potain l'avait déjà noté, « que l'insuffisance cardiaque entraîne à la fois, une augmentation de P. Mx et de P. Min., augmentation dont il est difficile de donner la raison ».......

Quant aux malades atteints d'artério-sclérose, en même temps que d'une autre affection (20 à 25 environ), leur degré d'hypertension n'était pas considérable et sauf dans trois cas, P. Mx. a toujours diminué

3° La tuberculose pulmonaire n'est pas habituellement justiciable du traitement sulfuré. Dix malades chez qui nous avons fait le diagnostic de cette affection, en étant encore au premier degré de leur maladie, ont présenté la formule $\frac{13,60}{8}$, formule qu'indique, à peu de chose près, Sergent.

Or, on sait combien souvent la dysménorrhée des jeunes femmes ou des jeunes filles est le masque de la tuberculose. Le rapprochement des pressions dans ces deux groupes est très impressionnant

$$\frac{13,66}{8} \quad \frac{13,60}{8}$$

En pratique, il sera bon de toujours rechercher les phénomènes pulmonaires, chez une jeune femme qui présentera le symptôme aménorrhée ou dysménorrhée. Mais dans ces deux catégories, ces malades ayant été soumises au traitement sulfuré moyen (source Nouvelle et Barzun) ayant chacune, suivant leur état, subi un régime qui leur était approprié, soit diététique, soit hygiénique, soit thermal, ont vu leur pression remonter parallèlement au retour à un état général meilleur : augmentation de poids, retour de règles, ou règles non douloureuses, diminution des signes stéthoscopiques.

Quelques lettres que nous venons de recevoir des médecins traitants de ces malades nous permettent, six mois après, d'affirmer le maintien des résultats acquis

N'avons-nous pas le droit de rechercher pourquoi le traitement sulfuré joint à l'aérothérapie, à l'héliothérapie, a donné des résultats favorables qui ne sont pas, semble-t-il, en concordance, pour la tuberculose pulmonaire, avec ce qu'on a publié jusqu'à maintenant ?

Les travaux de M. le Professeur Robin et de L. C. Maillard sur le *soufre colloïdal et la nutrition sulfurée* viennent, peut-être, donner le mot de l'énigme. Les toutes récentes découvertes en hydrologie (*à côté des corps radio-actifs dont avec Bardet, nous ne croyons pas qu'il faille exagérer l'importance*) ont décelé les métaux et les métalloïdes à l'état colloïdal. Or, M. le Professeur Robin et L. C. Maillard ont montré combien « LE SOUFRE DÉPASSE EN IMPORTANCE LE PHOSPHORE LUI-MÊME, NON SEULEMENT PAR SA QUANTITÉ, MAIS AUSSI ET SURTOUT PAR LA MULTIPLICITÉ DES FORMES CHIMIQUES QU'IL REVÊT DANS SON TRAJET A TRAVERS L'ORGANISME ET PAR LA VARIÉTÉ DES RÉACTIONS AUXQUELLES IL SE PRÊTE, PRENANT AINSI UNE PART CONSIDÉRABLE AU JEU DES ÉCHANGES MATÉRIELS DE LA VIE. (« La Nutrition sulfurée ». *Bull. gén. de thérapeutique,* 30 nov. 1913.)

N'est-ce pas là qu'il faut chercher la raison de ce fait jusqu'à maintenant empirique, l'élimination remarquable du Hg chez les syphilitiques saturés que l'on nous envoie à Barèges, et encore, de cette autre constatation, combien les syphilitiques supportent une dose progressivement croissante et considérable de Hg pendant leur séjour aux eaux sulfurées ?

MM. Robin et Maillard soulignent en effet l'aptitude du corps colloïdal à se combiner avec les

métaux et en conseillent par conséquent l'emploi « dans l'hydrargyrisme thérapeutique ».

M. le Professeur Robin a bien voulu nous signaler aussi (et nous le prions d'en agréer nos respectueux remerciements) *le pouvoir calcifiant des eaux sulfurées*. Or, la réminéralisation des tuberculeux, leur recalcification, s'étant faite par ce traitement auquel nous les avons soumis, vient encore aider à l'explication du retour de leur pression artérielle vers la normale (1).

4° Si la Sphygmamanométrie doit servir à l'étude des lésions vasculaires, elle peut être, croyons-nous, utilisée avec avantage, dans beaucoup d'autres cas.

Nous la voyons servir :

A. *Au diagnostic* : Soit pour le confirmer.

Soit pour appeler l'attention du clinicien sur une affection au début, que l'on pouvait même ne pas soupçonner : mal de Bright, diabète, artério-séclrose, tuberculose pulmonaire.

B. *Au pronostic.* Elle permet de voir, non pas si une lésion est ou n'est pas compensée, l'examen clinique y doit suffire dans la majorité des cas, mais *à quel degré* de compensation u de non-compensation en est arrivé cette lésion.

C. *Au traitement* : Des indications précédentes découlent celles-ci :
Choix du traitement ;
Posologie des médicaments actifs ;
Résultats du traitement et, mieux encore, dans quelle mesure le traitement a donné ces résultats.

En résumé, nous ne croyons pas que la Sphygmomanométrie doive être systématiquement et uniquement dirigée vers la recherche des lésions cardio-vasculaires. Cette méthode doit aider à déceler ce qui se passe dans l'intimité de nos tissus, et à apprécier, de rigoureuse façon, les modifications survenues dans l'état général d'un même malade.

5° L'étude de la Sphygmomanométrie doit être poursuivie avec patience. Il ne faut pas demander encore à cette méthode plus qu'elle ne peut donner. Il y a beaucoup d'x. L'avenir dira qu'elle en sera la signification. Dans l'état actuel de nos connaissances, la formule $\frac{\text{Mx.}}{\text{Min.}} = \text{P. D.}$ semble bien des fois en contradiction avec le diagnostic clinique. Il ne faut donc pas faire rentrer de force toute la pathologie dans ce cadre algébrique.

6° « *La Sphygmomanométrie sera simple ou* « *elle ne sera pas. Le difficile n'est pas de dire des* « *choses nouvelles, bien que ces choses nouvelles* « *soient aussi rares que perles en eau trouble, c'est* « *de ne pas dire des choses fausses, c'est de ne pas* « *présenter et imposer comme vérité scientifique* « *puis faire passer dans la pratique des choses* « *qui seront insoutenables* 2 *ou* 3 *ans après.* »

Nous faisons nôtre ce jugement de Gallavardin.

CONCLUSIONS.

A

En médecine générale

1° La pression moyenne a été trouvée égale à :

$$\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}} \quad \frac{15{,}9}{8{,}23} = \text{P. D. } 7{,}67$$

2° En tenant compte de la différence des sexes : P. D. est supérieure de 1 chez l'homme.

3° L'écart des P. Min. entre les deux sexes peut être considéré comme nul.

4° Dans le sexe masculin, P. D. s'élève de 1,29. de l'enfance à la vieillesse.
Dans le sexe féminin, P. D. s'élève de 2,70.
Cette hypertension du sexe féminin expliquerait-elle la longévité plus grande de la femme ?

5° Si la Sphygmomanométrie est utilisée pour la recherche des lésions cardio-vasculaires, *elle doit* aussi être employée au service : du diagnostic, du pronostic, du traitement de tous les états morbides

6° Les résultats de cette méthode ne sont pas suffisamment nets pour *permettre d'affirmer* la réalité de certains conclusions.

7° Il sera sage que tous les expérimentateurs apportent des documents de plus en plus nombreux et établis avec toute la rigueur possible.

B

En médecine thermale.

1° La Sphygmomanométrie permet l'étude plus complète de malades que l'on voit, souvent, pour la première fois et oriente l'esprit vers un diagnostic qui pourrait passer inaperçu.

2° La Sphygmomanométrie permet, par une notation simple, d'établir le bilan de chaque malade, du commencement à la fin de son traitement thermal, et d'une année à l'autre.

(1) Tout récemment encore, MM. Florand, François et Flurin, dans un très important travail sur les *Bronchites chroniques et leur traitement* ont montré l'action calcifiante des eaux sulfurées.

3° La Sphygmomanométrie nous permet enfin de donner des indications très précieuses aux confrères qui sont les médecins traitants habituels de nos malades occasionnels.

4° De l'étude faite à Barèges, il paraît résulter que toute cure climatique ou thermale, *dans des cas déterminés*, doit ramener vers la normale la formule $\frac{\text{P. Mx.}}{\text{P. Min.}} = \text{P. D.}$

Dr R. MOLINÉRY.
(de Barèges).

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Traitement de la conjonctivite granuleuse

M. OLIVÈRES, de Tortosa, décrit, dans le *Journ. des Pratic.*, le procédé qu'il emploie pour combattre cette affection.

La conjonctivite granuleuse est essentiellement chronique : elle se caractérise par des granulations de la conjonctive du cul-de-sac supérieur, accompagnées de sécrétions plus ou moins intenses. Elle peut se compliquer du côté de la cornée de pannus, d'ulcérations. En dehors de certaines suites de la conjonctivite granuleuse, telles que entropion, symblépharon, xérosis, etc. qui demandent un traitement spécial, les indications à remplir sont : 1° la destruction complète du tissu granuleux ; 2° la désinfection de la plaie et du tissu sous-jacent.

Pour détruire les granulations, l'auteur recommande la pince de Knepp, dont l'extrémité terminale des branches porte un rouleau rayé. Pour employer cet instrument, on insensibilise la région à la cocaïne au vingtième, par instillation, et au besoin injection sous-conjonctivale. Les paupières étant retournées et soutenues avec l'index et le pouce de la main gauche, on introduit une des branches de la pince jusqu'au fond du cul-de-sac, l'autre étant appliquée sur la conjonctive tarsienne. On serre fortement et on attire à soi en avant et en haut.

On vide ainsi par expression tous les grains trachomateux. On ne traite qu'un seul œil dans une séance, et on n'agit sur l'autre œil que cinq ou six jours après. L'écoulement sanguin, plus ou moins abondant, est lavé avec un filet d'eau stérilisée. Ensuite, avec une baguette de verre sur l'extrémité de laquelle on a enroulé un peu de coton, on touche largement la muqueuse, en utilisant une des solutions suivantes :

Le protargol, en solution à 40 %. (On doit frictionner la muqueuse avec le coton imbibé de cette solution.) On lave ensuite avec la solution de cyanure de mercure à 1/2000. Une pulvérisation froide calme la douleur. On renouvelle cette friction-attouchement tous les jours jusqu'à ce que la réaction inflammatoire ait cessé et que la muqueuse ait repris son aspect normal. S'il existe un pannus, on fait suivre l'attouchement d'une application de pommade à l'oxyde jaune de mercure à 5 %. En cas d'ulcérations cornéennes, on recourra tantôt au protargol (sécrétion abondante), tantôt au bleu de méthylène (muqueuse sèche, pâle), tantôt à la pommade iodoformée.

Le sublimé en solution à 1/500, puis à 1/200, est dirigé contre les formes qui n'ont pas de tendance à suppurer.

Le sulfate de cuivre, sous forme de crayon mitigé, est employé quand la purulence a tout à fait disparu. On pratique les attouchements tous les deux jours et les fait suivre d'une abondante irrigation à l'eau fraîche.

Le traitement terminé, le malade portera des lunettes fumées n° 2 ou 3, et instillera dans ses yeux, une fois par jour, un collyre au protargol, au sulfate de zinc, au citrate de cuivre, ou sous-acétate de plomb, ou mieux encore au bichlorure au millième.

BIBLIOGRAPHIE

Les premiers soins à donner en cas d'accidents subits. — Dr Frédéric VON ESMARCH, traduit de l'allemand par le Dr E. Van Oye. Bruxelles. *Société belge d'édition.*

C'est un recueil de conférences faites à l'Association samaritaine allemande pour apprendre les notions élémentaires suffisantes pour pouvoir, en cas de besoin, sauver la vie à ses semblables en attendant l'arrivée du médecin.

Guide populaire d'hygiène. — Dr J. CRYNS. Bruxelles, Monceaux, édit.

Cet ouvrage de vulgarisation s'appuie sur ce principe que la lutte contre les épidémies est bien plus efficace quand les mesures prises par les autorités sont secondées par une population intelligente, que le succès d'un traitement est d'autant mieux garanti que le malade et son entourage exécutent avec intelligence les prescriptions du médecin et viennent en aide à ses efforts par la connaissance des soins opportuns.

La première partie traite de la structure du corps humain, des fonctions et usages de ses organes ; la deuxième partie étudie les choses nécessaires à l'entretien de la vie ; dans la troisième sont envisagés les rapports de l'homme avec la société ; la quatrième est consacrée aux influences extérieures intéressant la santé et spécialement aux maladies infectieuses. L'ouvrage se complète par un chapitre comportant des instructions pour les gardes-malades.



ACADÉMIE DES SCIENCES
SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE
CONGRÈS INTERNATˡ MÉDECINE 1911
CONGRÈS PATHOLOGIE COMPARÉE 1912
THÈSE DE DOCTORAT EN MÉDECINE
LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS
LABORATOIRES MILLET
8, Rue Richer PARIS
Lipothérapie
GOLÉANE MAIGNON
CORPS GRAS ÉMULSIONNÉS ET PARTIELLEMENT SAPONIFIÉS
DIABÈTE · DÉNUTRITION · CROISSANCE

CORRESPONDANCE

IV[e] Congrès des Praticiens de France.

Paris, le 16 avril 1914,

Monsieur et honoré Confrère,

Vous savez qu'un Congrès des Praticiens va se tenir à *Paris, les* 27, 28 *et* 29 *mai* 1914 et qu'il a pour but d'étudier l'organisation de la médecine sociale et de l'hygiène publique en France.

Il a, d'autre part aussi, un but de protestation contre toutes les tentatives de fonctionnarisation du Corps médical, soit par les grandes administrations, soit par les grandes Sociétés, soit par l'Etat.

Les praticiens ont donc un intérêt puissant à venir nombreux à ce Congrès pour que leur protestation soit plus éclatante, et aussi pour que l'étude, faite en commun, aboutisse à des décisions qui permettront de pouvoir opposer, dans l'avenir, au fonctionnariat, non pas seulement une protestation, mais une autre méthode d'organisation des services d'*hygiène publique.*

Jusqu'à maintenant, votre groupement n'a pas envoyé son adhésion au Congrès. Je viens donc, au nom du Comité d'organisation, vous prier d'adhérer et de désigner des Délégués représentant votre Association.

Le Comité n'a pas fixé de chiffre précis de cotisation concernant les groupements ; il demande seulement que chaque groupement adhérent fasse l'effort de verser 1 *franc par membre,* moyennant quoi le groupement adhérent recevra autant de volumes de rapports et de comptes rendus qu'il aura versé de fois 10 francs (10 francs représentent la cotisation individuelle).

Bien entendu, ceux que vous désignerez comme vos délégués bénéficieront des remises sur les billets de chemin de fer comme les autres congressistes.

En dehors de ces adhésions collectives de groupements, je vous serais reconnaissant, mon cher confrère, de bien vouloir faire le plus de propagande possible pour obtenir des adhésions individuelles.

La *cotisation individuelle est fixée à* 10 *francs.* Elle donne droit à tous les volumes de rapports publiés avant le Congrès et au volume de comptes rendus sténographiques qui sera publié après.

Enfin, je vous annonce également que les Compagnies de Chemin de fer nous consentent un rabais de 50 % sur le prix ordinaire des billets.

J'insiste encore une fois sur l'importance qu'il y a, pour tous les médecins, à adhérer au Congrès; c'est pourquoi le Comité d'organisation

vous invite à prendre part à cette manifestation du Corps médical français.

Je vous prie d'agréer, Monsieur et honoré Confrère, l'expression de mes sentiments dévoués,

Pour le Comité d'organisation du IVe Congrès des Praticiens.
L'un des secrétaires,
Dr Lafontaine.

Envoyer les adhésions au trésorier, le Dr Quidet, 54, rue Bonaparte, à Paris.

Les services que rend la Mutualité Familiale.

Je vous remercie de m'avoir adressé l'indemnité-maladie que le Conseil d'administration m'a allouée pour mon dernier trimestre. Veuillez transmettre au conseil mon meilleur souvenir.

Les explications que nous avons lues dans les derniers numéros du *Concours médical* ont rassuré un grand nombre de vos lecteurs. Voilà qui est parler net et l'on est, dès maintenant, fixé sur la marche de la Mutualité familiale.

Malade en 1908, puis blessé en 1913, je suis heureux de témoigner combien cette œuvre m'est venue en aide. Je n'ai jamais eu la moindre inquiétude sur la marche et la gestion de notre Société, n'ayant jamais éprouvé ni retard, ni difficultés, dans la perception de mon *indemnité de droit.*

Voulez-vous me permettre de vous soumettre une proposition ? Pourquoi, chaque fois que vous envoyez à un confrère son « indemnité maladie-accident », ne lui demanderiez-vous pas de vous mentionner ses *desiderata* sur le fonctionnement de notre société, son opinion sur ce qu'il pense d'elle, etc., etc. ? Vous auriez ainsi un dossier dont le résumé pourrait être soumis à l'Assemblée générale.

Bien entendu, je vous soumets cette idée au courant de la plume, ignorant si elle n'est pas contraire à nos statuts.

D^r^ M.
(de Barèges).

Réponse.

Votre idée nous paraît excellente et nous la mettrons en pratique dès le mois de juillet prochain.

Il est incontestable qu'il nous serait précieux d'avoir les appréciations personnelles de nos confrères sur la *Mutualité familiale,* sur son utilité, son caractère, son fonctionnement.

Toutes ces réponses constitueront un véritable livre d'or que nous conserverons jalousement.

Une opération chez un blessé agricole sera-t-elle payée par l'assurance ?

Un domestique, ouvrier agricole, a contracté dans son travail une hernie inguinale. Son patron l'a as-

suré contre les accidents du travail. La Compagnie d'assurances doit-elle couvrir les frais d'opération, si l'opération a lieu ? Je vous serais bien obligé de me fournir des précisions sur ce point.

Dr V.

Réponse

Votre blessé est doublement assujetti au droit commun : comme domestique d'abord, puis comme accidenté agricole.

Par suite, aux termes des articles 1382, 1383, 1384 du code civil, le patron n'est responsable que s'il y a eu faute de sa part, et si l'accident lui est imputable.

Mais le patron, pour sa tranquillité personnelle, a voulu contracter une assurance pour son personnel domestique et ses ouvriers agricoles. Ces derniers ne peuvent nullement se prévaloir de cette assurance et ils ne peuvent toucher, comme avantages, que ce que le patron voudra bien leur donner, sur ce qu'il s'est assuré personnellement, en cas d'accident survenu à un membre de son personnel.

Le patron ne serait responsable des frais d'opération et de soins, envers vous, que si vous pouvez établir que c'est lui qu vous a fait appeler auprès du blessé et qu'il vous a prié de donner vos soins.

C'est ce que vous ne nous dites pas.

D'autre part, vous nous demandez si l'assurance doit couvrir les frais d'opération. Cela dépend des termes de la police intervenue entre l'assurance et le patron. Cette clause doit y être insérée ; mais elle n'a de valeur qu'à l'égard du patron.

Honoraires du médecin traitant et visite de contrôle.

Une visite faite en présence du médecin de l'assurance doit-elle être comptée comme visite à heure fixe (prix double) ou comme consultation entre médecins (prix quadruple) ?

La Compagnie d'Assurances la Z. vient de réduire plusieurs de mes notes d'honoraires dans les conditions suivantes :

J'avais établi par consultation : 8 fr. pour consultation avec un confrère (en l'occurrence le médecin de la Z.). Ces consultations avaient eu lieu à mon cabinet, rendez-vous pris avec le malade et le médecin de la Z., pour décider une première fois si, après examen, on pouvait faire reprendre au blessé le travail à titre d'essai et dans un but thérapeutique.

Une autre fois, pour décider s'il y avait amélioration par ce traitement, s'il devait être continué et, dans le cas contraire, s'il était possible de consolider.

L'assurance accorde pour chacune de ces visites avec confrère la somme de 4 francs, disant qu'il y avait lieu d'appliquer le tarif prévu à l'article 4 et non celui prévu à l'article 7.

Je viens vous demander votre avis et m'y conformerai. Je dois dire que c'est la première fois en 8 ans que j'ai la plus petite contestation avec cette société qui a toujours été correcte à mon égard. J'avais toujours de bonne foi compté 8 francs. Je donnerai connaissance de votre réponse à notre syndicat qui se réunit à la fin de cette semaine.

Dr W.

Réponse.

L'article 4 du tarif Dubief est ainsi conçu : « Le prix de la visite est double, lorsqu'elle doit avoir lieu à heure fixe, dans le cas prévu par le 5e alinéa de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 ».

Or, c'est cet alinéa précité qui, dans la loi sur les accidents du travail, autorise le chef d'entreprise à se faire renseigner par le médecin de son choix, qui aura accès, chaque semaine, auprès de la victime, en présence du médecin traitant.

Par suite, toutes les fois que le docteur choisi par le blessé doit se rendre, à heure fixe, à une convocation du médecin du patron, ou de l'assurance, il n'a droit qu'à deux visites.

Au reste, ce n'est pas une consultation scientifique qui a lieu, entre les deux praticiens. En effet, le représentant médical du chef d'entreprise ou de l'assurance ne vient pas avec son confrère, le médecin traitant, pour intervenir d'une manière quelconque dans le diagnostic ou le traitement. Non, aux termes précis de ce paragraphe 5 de l'article 4 de la loi de 1898, le représentant médical de l'assurance ne vient que pour constater l'état de la victime, pour ensuite aller faire son rapport à son mandant.

Il y a si peu consultation entre les deux médecins que la Cour de cassation, par son arrêt du 22 octobre 1912 (*Concours médical*, 1913, p. 1403), a décidé que « le secret professionnel est absolu et ne comporte aucune exception ».

Il en découle que le médecin traitant commettrait le délit de violation de secret professionnel, s'il dévoilait quoi que ce soit qu'il ait pu apprendre, comme homme de l'art, même à un autre médecin, alors que celui-ci est dans l'obligation légale de rapporter au patron, ou à l'assurance, tout ce qu'il a pu entendre, voir, surprendre, au cours de sa visite de contrôle.

En somme, le médecin traitant devrait dire au médecin chargé de représenter les intérêts du patron : « Mon cher confrère, regardez, écoutez, mais ne touchez pas à la plaie et ne m'interrogez pas, parce que, lié par le secret professionnel, je ne saurais vous répondre ».

Donc, dans votre cas, l'assurance a parfaitement raison : au moment de payer, elle sait vous rappeler que, si vous avez traité son médecin en confrère et si vous lui avez demandé son avis, tant pis pour vous : ce n'était pas une consultation, payée 4 visites, mais une simple visite à heure fixe.

Si un doute persiste dans votre esprit, nous sommes à votre disposition pour l'éclaircir.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

L'emploi des solutions glucosées dans les intoxications aiguës des enfants. — Dans les intoxications gastro-intestinales avec acidose, vomissements, diarrhée, prostration extrême et tendance au collapsus, on injecte sous la peau de l'abdomen, à plusieurs reprises, 50 à 100 grammes de la solution suivante :

Glucose		60 gr.
Chlorure de sodium		7 gr. 50
Bicarbonate de soude	}	
Chlorure de calcium	} àâ	0 gr. 20
Chlorure de potassium	}	
Eau fraîchement distillée		1000 c. c.

L'expérience a montré que l'enfant tolérait parfaitement 4 à 6 gr. de glucose deux ou trois fois par jour. Ce glucose se comporte comme un aliment et en outre l'eau dans laquelle il est dissous est mieux retenue dans l'organisme que lorsqu'il s'agit de solutions seulement salées. Les autres résultats sont : amélioration de la tendance au coma, amélioration des œdèmes et stimulation du tonus circulatoire. HELMOLTZ.

(*Soc. Pédiatrie Chicago*).

La sérothérapie des néphrites. — *Indications* : 1° Urémie par suppression brusque des fonctions rénales jusqu'alors normales (scarlatine, pneumonie), ou par poussée congestive violente au cours d'une néphrite chronique, ou par oblitération d'un uretère.

2° Accidents toxiques, au cours d'une néphrite chronique, sous l'influence d'écarts de régime, d'une poussée brusque d'hypertension, ou de congestion rénale.

3° Néphrite aiguë *a frigore* et néphrites aiguës infectieuses avec céphalée, dyspnée, oligurie.

4° Rein cardiaque.

5° Albuminurie de la grossesse et éclampsie.

Emploi du sérum. — On injecte, dans le tissu cellulaire sous-cutané, 10 à 20 cc. de sérum de veine rénale, que l'on peut se procurer dans les laboratoires de biologie, à l'Institut bactériologique, de Lyon, notamment : le sérum doit être clair. Dans les cas graves, on fait trois fois 20 cc. avec deux jours d'intervalle entre chaque injection, puis, à intervalles plus espacés, 10 cc. tant que persistent les accidents ; dans les cas chroniques, 10 cc. chaque semaine, pendant un mois et demi à deux mois.

Résultats. — Amélioration des troubles d'auto-intoxication. La dyspnée et les phénomènes congestifs du côté du poumon s'atténuent. La tension

artérielle baisse et les hémorrhagies cessent. Les épanchements séreux diminuent. Les troubles gastro-intestinaux disparaissent.

Enfin, les urines passent de 500 gr. environ à 3 et 4 litres : les éliminations salines sont augmentées, tandis que baisse l'albumine : la toxicité urinaire diminue rapidement.

La méthode est dépourvue de tout danger et se montre utile le plus souvent, à condition qu'il existe encore une portion de parenchyme rénal capable de réagir. Les accidents sériques sont très rares et insignifiants.

(TEISSIER et THÉVENOT.)

(*Consult. médic. franç.*).

Traitement des crevasses du sein par les pansements à l'hémostyl. — On arrose d'hémostyl (sérum de cheval en pleine rénovation sanguine) deux fragments de compresse aseptique, on les applique sur le mamelon et on recouvre de taffetas chiffon. On renouvelle trois fois par jour.

La cicatrisation est d'une rapidité surprenante. Il faut noter que l'enfant peut, au moment de la tétée, absorber sans danger de l'hémostyl.

CHEVRIER.

(*Rev. mensuelle gynéc., obstétriq., pédiatr.*).

Action calmante du sulfate de magnésie en applications externes. — On connaissait déjà son action calmante en injections sous-cutanées et intrarachidiennes ; mais, sur la peau, cette action est aussi manifeste, surtout dans les affections articulaires.

On recouvre largement la région malade d'une compresse imbibée de solution saturée de sulfate de magnésie. On humecte à nouveau la compresse dès qu'elle commence à sécher.

TUCKER.

Traitement préventif du mal de mer et du mal des chemins de fer.

Véronal	0.50 centigr.

pour un suppositoire. (H. CITRON)

ou :

Stovaïne	0.01 centigr.
Pyramidon	0.03 centigr.
Véronal	0.50 centigr.

pour un cachet. (PIQUET)

Effet après une heure. On peut diminuer de moitié la dose de véronal et prendre un second cachet ou suppositoire, l'heure suivante.

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale ordinaire.

Les membres de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical sont convoqués en Assemblée générale ordinaire, au siège social, 132 rue du faubourg St-Denis, le dimanche 17 mai 1914, à dix heures et demie du matin.

Ordre du jour :

1° Allocution du Président ; rapports du secrétaire général et du trésorier.

2° Approbation des comptes de l'exercice 1913.

3° Nomination de deux membres du Comité directeur.

4° Désignation de trois contrôleurs.

Rapport du secrétaire général.

Mes chers Confrères,

Je n'ai pas à vous rappeler les faits qui ont motivé la réunion de notre dernière Assemblée générale extraordinaire et les décisions qui y ont été prises. Tous, vous avez reçu, en temps utile, le relevé exact de votre situation personnelle à la Caisse des pensions et vous avez pu, en connaissance de cause et selon vos préférences particulières, choisir entre les trois propositions qui vous étaient soumises.

Quelque désagréable et pénible qu'ait pu vous être à tous la constatation de la situation réelle de notre Caisse, je dois à la vérité de dire publiquement que la grande majorité, que la presque unanimité de nos sociétaires a accepté les conséquences de cette situation. Certes, cela a été sans enthousiasme, et la plupart ont eu une grande désillusion en apprenant que les cotisations qu'ils avaient versées étaient insuffisantes pour leur assurer dans l'avenir la pension sur laquelle ils avaient cru pouvoir compter — mais ils ont compris que cette situation était due à un ensemble de causes contre lesquelles votre Comité-Directeur était absolument désarmé. Nous n'avons donc eu à enregistrer que fort peu de protestations ou d'accès de mauvaise humeur durables, et tous les sociétaires, en fin de compte, ont compris que les mesures proposées par le Comité Directeur et votées par l'Assemblée générale sur les conseils de notre actuaire étaient indispensables.

Je ne serais certainement pas revenu sur cette question si une grande, une très grande société médicale, l'Association générale des Médecins de France, n'avait laissé paraître dans son *Bulletin* un rapport dont la forme est évidemment correcte, mais dont le fond est systématiquement tendancieux et hostile vis-à-vis de notre Caisse, qui cependant avait été fondée et longtemps administrée par un des anciens présidents de cette société.

Ce rapport, qui cherche en même temps à être désagréable à une de nos autres œuvres, a jeté l'alarme dans le Corps médical prévoyant et cela d'autant plus facilement que, méconnaissant et le fonctionnement et l'historique de nos mutualités, il laisse planer une sorte de suspicion imprécise que chacun peut, suivant son tempérament, faire porter ici où là. A ce document il suffit d'opposer l'historique de la Caisse des pensions.

Fondée en 1884, la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical Français avait été conçue et organisée par le regretté Lande. Dans les statuts primitifs, il avait été dit que, moyennant le versement d'une prime fixe, mais variable selon l'âge d'entrée du sociétaire, celui-ci avait droit au bout de dix années de participation *à une pension qui ne pourrait pas dépasser* 1.200 *francs* et qui serait appelée pour cela *la pension type maxima*. Chaque année, disait l'article 25 des statuts, *le chiffre de la retraite est calculé par le Comité Directeur*, d'après le chiffre des recettes et le nombre des ayants-droit.

Le chiffre de 1.200 *fr. n'était donc aucunement garanti*, les statuts ne l'indiquaient que comme un maximum ne pouvant être dépassé.

C'est là un point dont beaucoup ne paraissent pas s'être rendu compte : la lecture des exposés annuels qui montraient la caisse largement en situation de faire face à ses charges aussi loin que le Comité Directeur pouvait regarder, c'est-à-dire dix années en avant, en a été cause sans doute. Ils ont cru à la garantie de la pension de 1.200 francs, tandis qu'un examen plus attentif des statuts leur aurait montré leur erreur.

Cette erreur des sociétaires devait influencer toute l'existence ultérieure de l'œuvre.

En 1901, les statuts durent être mis en concordance avec la loi du 1er avril 1898, sur les sociétés de secours mutuels : l'organisation et le fonctionnement de la Caisse furent complètement bouleversés, mais les théories qui avaient présidé à l'organisation primitive empêchèrent de prendre les mesures draconiennes qui eussent été nécessaires. La pension fut maintenue à 1.200 francs et les cotisations, que le Ministère de l'Intérieur jugeait insuffisantes, restèrent encore pendant quatre années à leur taux antérieur.

Dès cette époque cependant un certain nombre de sociétaires, dont plusieurs font aujourd'hui partie du Comité Directeur, eurent des craintes sur l'avenir de l'œuvre et sur la solidité de sa constitution financière. Je me souviens que personnellement, moi qui n'étais rien alors à la Caisse des Pensions, j'eus l'occasion d'assister à de sérieuses conversations entre eux et quelques-uns des fondateurs. Mais on s'en tenait à l'opinion sur la mortalité rapide du Corps médical et aux bases sur lesquelles avaient été établis les premiers calculs en dehors de toute participation d'un actuaire.

Et même, lorsqu'en 1904, il fallut modifier les barêmes et réduire le taux des pensions, c'est encore sur une table de mortalité rop rapide qu'on demanda à M. Fleury de refaire les calculs.

Mais ce ne fut pas tout : le Comité Directeur soumit à l'assemblée génerale, qui l'adopta, une résolution qui fait honneur à son honnêteté et à sa délicatesse confraternelles mais qui fut désastreuse pour la Caisse : les sociétaires qui ne voulurent accepter ni l'augmentation de la cotisation, ni la réduction de la pension, ni son recul à l'âge de 64 ans, furent autorisés à retirer la totalité des cotisations versées par eux et capitalisées à 2 % (intérêts composés).

Ce qui devait se produire arriva : tous ceux à qui une santé chancelante pouvait faire craindre une mort prochaine, tous ceux que des irrégularités dans les versements pouvaient toucher, tous ceux qui pouvaient redouter la déchéance demandèrent le remboursement. Ce fut pour la Caisse une sélection à rebours : tous les risques qui pouvaient lui profiter disparurent, et l'erreur du début sur la mortalité médicale fut pour le moins quintuplée quant à ses effets.

Ce sont ces erreurs dont nous supportons les conséquences actuellement et, comme nous sommes une Mutuelle, nous en prenons chacun notre part comme nous avions pris notre part des décisions d'assemblées générales qui les avaient consacrées.

Que peut dans tout cela le Comité Directeur ? Sa gestion est limitée par la loi, ses placements de fonds ont été faits en conformité de cette même loi ; il ne peut que surveiller et signaler à l'Assemblée générale ce qui dans la situation lui paraît devoir être anormal, et c'est ce qu'il a fait.

En 1911, il avait pensé qu'à la faveur de la fusion de la Caisse des Pensions dans la Mutualité *Familiale*, il pourrait *améliorer la situation* — il a dû renoncer à ce projet, qu avait même reçu un commencement d'exécution, devant les objections du Ministère du travail.

Il avait espéré que l'Association Générale des Médecins de France, avec laquelle la Caisse des Pensions était liée par un contrat, pourrait par une subvention globale améliorer également la situation — il a dû renoncer à cet espoir devant l'opposition de certaines Sociétés locales.

Il a donc dû se résoudre à proposer les mesures que vous avez subies et qui ne sont que la juste réparation des erreurs anciennes — et de ce fait il est mis en présence du rapport de l'Association Générale, si bien que cette Association, qui prétendait nous patronner et nous aider, qui aurait dû tout au moins nous féliciter des mesures prises et nous encourager lors de cette dernière épreuve, n'a trouvé rien de mieux, pour nous soutenir, que de proposer dare dare la rupture du contrat qui nous liait à elle et de nous crier *raca* !

Nous n'avons pas autrement à le regretter ; nous savions que nous n'avions rien à attendre de l'Association Générale et nous estimons que mieux vaut mille fois la liberté qu'un contrat qui aboutit à de tels résultats — mais je tenais à vous montrer le geste et à vous laisser le qualifier.

Maintenant, mes chers confrères, l'opération chirurgicale est faite : nous rentrons dans la vérité des chiffres et nous sommes sûrs que mathématiquement chacun en aura pour son argent.

Votre Comité Directeur redoublera de vigilance : ce n'est pas lui qui a créé la situation antérieure, il a conscience d'avoir travaillé au mieux des intérêts de chacun, il compte sur votre approbation et votre soutien pour pouvoir continuer dans la bonne voie.— S'il les obtient, ce sera sa meilleure récompense des efforts passés et son meilleur encouragement pour l'aveni

Le Secrétaire-Général,
H. MIGNON.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de la Caisse des Pensions de retraite du Corps médical Français.

1° *Compte de l'exercice* 1913.

Recettes.

Les recettes se sont élevées à la somme de 72.359 fr. 72, savoir :

Cotisations	34.878 50
Intérêts	29.861 18
Recettes de gestion	163 05
Remboursement de valeurs	6.956 99
Don de la Société du Journal le *Concours médical*	500 »»
	72.359 72

Dépenses.

Les dépenses se sont élevées à 67.490 fr. 15, savoir :

Pensions	64.918 50
Frais de gestion	2.071 65
Frais d'inventaire	500 »»
	67.490.15

Balance.

Si au total des recettes de 1913	72.359 72
on ajoute l'avoir en caisse ou en banque au 31 décembre 1912	69.720 76
on obtient un total de	142.080 48
et si l'on retranche les dépenses de 1913	67.490 15
il reste	74.590 33
représentés par	
Avoir à la Société Française de reports et dépôts	53.966
Avoir au Crédit Lyonnais	21.061
	75.028 57
Moins ce qui était dû au Trésorier au 31 décembre 1913	438.24
Reste égal	74.590 33

2° *Compte général*

Avoir au 31 décembre 1912 :		
Portefeuille	974.657 20	
Espèces en Caisse ou en banque	69.720 76	1.044.377 96
Recettes de l'exercice 1913 :		
Cotisations	34.878 50	
Intérêts	29.861 18	
Boni sur remboursement de valeurs (1)	541 11	
Recettes de gestion	163 05	
Don de la Société du Journal le *Concours médical*	500 »»	65.943 84
		1.110.321 80
Dépenses de l'exercice 1913 :		
Pensions	64.918 50	
Frais de gestion	2.071 65	
Frais d'inventaire	500 »»	67.490 15
Reste au 31 décembre 1913		1.042.831 65
Représentés par :		
1° Portefeuille : valeur de 1912	974.657 20	
Moins valeurs remboursées (prix d'achat)	6.415 88	968.241 32
2° Espèces en banque	75.028 57	
Moins ce qui est dû au Trésorier	438 24	74.590 33
Total égal		1.042.831 65

3° *Portefeuille de la Caisse des Pensions.*

		Prix d'achat
3315	fr. Rente Française 3 % amortissable	102.315 63
50	Obligations Chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	22.750 »»
290	Obligations Chemin de fer P.-L.-M., fusion 3 % anciennes	134.731 05
266	Obligations Chemin de fer du Midi 3 % anciennes	120.001 82
73	Obligations Chemin de fer du Midi 3 % nouvelles	33.591 76
140	Obligations Chemin de fer Orléans 3 % anciennes	59.959 03
50	Obligations Chemin de fer Orléans 3 % nouvelles	22.462 60
207	Obligations Chemin de fer de l'Ouest 3 % nouvelles	90.594 15

(1) Le boni est représenté par la différence entre le prix de remboursement 6.956 99 et le prix d'achat des valeurs remboursées 6.415 88.

14	Obligations Chemin de fer du Nord 3 % anciennes..........	5.866 70
121	Obligations Foncières 1883..............................	48.884 50
502	Obligations Banque Hypothécaire 1880..................	295.797 42
68	Obligations Banque Hypothécaire 1881..................	31.286 66
	Total	968.241 32

Le Trésorier

M. Vimont.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les errements des Sociétés de secours mutuels

Par M. A. Weber. (*Suite.*) (1).

Les dépenses de gestion de la mutualité.

De la gestion des Sociétés. — Les trop modestes sacrifices faits par les Mutualistes sont-ils au moins utilisés de la façon la plus profitable ? L'œuvre est-elle gérée de la façon la plus judicieuse ? Pour nous en rendre compte, nous allons rapidement examiner quelle est l' mportance des sommes qui sont dépensées en frais d'administration de toutes sortes.

On a dit et répété que, dans les Sociétés de Secours Mutuels, le coût de la gestion est nul, d'abord parce que toutes les fonctions y sont gratuites ensuite parce que le dévouement bénévole des sociétaires pourvoit à toutes les besognes d'administration.

C'est ainsi que M. Vermont (2) écrivait dans l'Almanach des Mutualistes de 1909 : « Il est re- « connu que la prévoyance ne coûte rien, nos « fonctionnaires étant aussi désintéressés que « dévoués, tandis que l'assistance coûte fort « cher, parce que beaucoup de ceux qui s'en occu- « pent sont très largement rétribués » (3).

« La prévoyance ne coûte rien » ! C'est de cette affirmation qu'on s'est le plus servi pour creuser un large fossé entre les Sociétés de Secours Mutuels et les Sociétés d'Assurances Mutuelles — les « pseudo-mutualités » dont parle le Ministre du Travail. Dans ces dernières, en effet, des prélèvements nettement définis sont ouvertement prévus pour faire face aux indispensables dépenses de Direction, de personnel, de remises aux courtiers, voire de rémunération des capitaux engagés.

Eh bien ! malgré la conception hautement philanthropique qui a présidé à leur constitution, les Sociétés de Secours sont-elles vraiment soustraites à toutes ces charges ?

Pour répondre à cette question coordonnons les chiffres officiels pris dans les Rapports annuels : ils sont suffisamment éloquents pour se passer de commentaires.

En 1908 (1), par exemple, les frais de gestion des seules Sociétés approuvées (c est-à-dire logées, éclairées, chauffées, etc.) *du seul département de la Seine*, s'élevaient à 1.391,087 fr. (2) — auxquels s'ajoutaient, pour « dépenses diverses », 1.428.274 francs (3).

Cela fait bel et bien, pour 1908, 2,189.361 francs de frais qui, partagés entre les 842 Sociétés existantes (4), donne 3,348 francs par Société.

Rien que cela suffit pour montrer combien est flagrante la contradiction entre la réalité des faits et la soi-disant gratuité de gestion dont la Mutualité argue vraiment trop.

On nous répondra, avec raison d'ailleurs, qu'on ne fait rien avec rien, qu'on n'administre pas sans dépenser. Nous n'y contredisons certes pas. Mais alors il serait équitable de ne pas déformer sciemment la vérité, de ne pas exalter les Sociétés de Secours, au détriment des autres modalités de la Mutualité — justement à cause de cette gratuité tant proclamée et qui, au demeurant, est terriblement onéreuse !...

Le coût de la gestion des Sociétés de Secours. — La gestion des Sociétés de Secours Mutuels les mieux organisées et les plus sérieuses comporte, en effet, des dépenses qui, bien que dissimulées, sont absolument exagérées.

C'est ainsi, par exemple, qu'en 1910, les Sociétés approuvées ont, d'après le Rapport officie , déboursé en frais de gestion une somme de 2.976.034 francs (5).

Mais ce chiffre est loin de comprendre l'intégralité des fonds employés à autre chose qu'à l'aide réciproque entre affiliés. Il y a lieu de lui adjoindre le montant des dépenses de cet autre chapitre (mal défini, bien que très important) des « dépenses ou paiements divers » qui s'élè-

(1) Voir *Concours Médical*, n[os] 16 et 17.
(2) Membre du Conseil supérieur de la Mutualité, président d'une des plus importantes Sociétés de secours : « L'Emulation Chrétienne ».
(3) Cf. Almanach des Mutualistes 1909. L. Mabilleau, p. 103.

(1) Les chiffres correspondants pour 1910 ne figurent pas dans le Rapport publié le 17 mai 1913.
(2) Voir Rapport pour 1908, page 40.
(3) *Ibid.*
(4) 842 Sociétés ont fourni leur état statistique en 1908 dans le départ. de la Seine. Voir Rapp. pour 1908, annexes n[os] 8, 9, 10, p. 213, 221, 229, 237.
(5) Voir Rapport pour 1910, page 434.

vent à 8.434.094 francs. Ce *sont là encore* des dépenses de gestion — sur lesquelles tous les Rapports successifs nous donnent, du reste, de bien étranges éclaircissements. On lit, notamment dans celui de 1908 : « Nous devons signaler, « comme pour l'année 1907, que les Sociétés « inscrivent sous cette rubrique une série de « dépenses qui devraient être classées dans un « autre chapitre et même ne pas exister... Quel- « ques-unes ont trait au paiement de jetons de « présence, à des cotisations d'affiliation à des « groupes n'ayant aucun caractère mutualiste et « ne sont pas légalement justifiées » (1). Et le Rapport de 1910, encore plus désabusé, ajoute : « Il est impossible de prévoir quand s'arrêtera ce « mouvement ascensionnel » (2).

Le total de ces deux rubriques s'élève donc, pour 1910, à 11.227.128 francs (3). Leur montant est supérieur au total des secours aux veuves, aux orphelins, aux vieillards, aux infirmes et aux incurables (qui est de 10.020,777 fr.) ! (4).

La retenue faite pour couvrir les dépenses générales d'administration — qui était de 1 fr. 92 en 1899 et de 2 fr. 42 en 1902 — atteint donc maintenant plus de 3 fr. 50 par sociétaire pour une cotisation moyenne de 12 fr. 40. Nous arrivons à cette conclusion que, pour assurer simplement le fonctionnement de l'œuvre, *il a fallu prélever, en moyenne, sur les cotisations des adhérents, une provision sans cesse croissante et qui, de* 18,24 % *en* 1902, *est passée à* 28,2 % *en* 1910.

Si nous comparons ces frais généraux non plus aux recettes, mais aux dépenses, nous constatons que, de 12,11 % en 1902, ils ont passé, en 1910, à 21,43 % du total de ces dernières (5). Ils sont bien supérieurs aux frais de médecins (10,86 %), de pharmaciens (12,21 %) et même aux versements au Fonds commun de retraites (9,04 %).

C'est vraiment trop — surtout si l'on tient compte qu'il s'agit, en l'occurrence, des seules dépenses apparentes à l'exclusion des « dépenses masquées » que supportent les diverses administrations d'Etat, par exemple, et qui sont Caissiers, Comptables et Banquiers de la Mutualité approuvée.

Ainsi la Caisse des dépôts et Consignations gère gratuitement les trois comptes : Fonds de Dotation, Fonds commun, Fonds de Dépôts, et assure le paiement des pensions prélevées sur les intérêts annuels du Fonds commun. Cela ne va pas sans un personnel de supplément et un surcroît de travail pour cette Institution.

La Caisse Nationale des retraites, la Direction de la Mutualité au Ministère du Travail fournissent encore quelques services gratuits aux Sociétés approuvées, ne serait-ce qu'en leur délivrant des certificats et titres de pension, des instructions, des imprimés, en entretenant toute une correspondance pour leur meilleure gestion, etc... Les Communes, en outre, leur donnent le logement, le mobilier, l'éclairage, le chauffage, les livres, les registres. Ainsi les frais ne sont pas réduits, ils sont seulement déplacés, c'est-à-dire pris en charge par l'Etat ou les Communes et finalement supportés par les contribuables.

Quelques exemples particuliers. — Les moyennes que nous avons tirées de la Statistique officielle ont fixé nos idées générales. Passons au particulier et examinons en détail les situations financières de quelques-unes de nos plus importantes Sociétés.

« L'Association des voyageurs et des commis de l'Industrie et du Commerce à Paris » est une florissante mutualité qui a été non seulement approuvée, mais encore reconnue d'utilité publique par Décret du 16 mars 1891. On y compte 1.133 membres honoraires et 5.989 participants.

Les frais de gestion apparaissent au Bilan de 1912 pour 39.144 fr. 33, ce qui co respond à 19,28 % des cotisations des membres participants et 16,6 % du total des dépenses. N'est-ce pas là un quantum bien élevé pour une Société pupille de l'Etat et qui, en cette qualité, accumule des privilèges et des profits de toutes sortes !

Prenons maintenant une des Sociétés municipales de Paris. Elles sont au nombre de 36 et organisées par quartiers depuis plus d'un demi-siècle. Pour 1912, les frais de gestion de celle qui réunit les quatre quartiers du 17e arrondissement s'élèvent à 6.769 fr.40. Ils entrent pour 25,2 % dans le total des dépenses et absorbent à eux seuls 50,3 % des cotisations des participants et 27,8 % du total des recettes.

Voyons enfin une autre Société qui reçoit, à juste titre, les plus grands encouragements des pouvoirs publics ; la « Mutualité Maternelle de Paris ». Cette Société, fondée en 1892, comptait au 31 décembre 1912, 21.207 membres participants.

Or, au cours de cette même année, les frais généraux se sont élevés à 31.100 fr. 15, soit 85,7 % des cotisations et 19,05 — du total des recettes.

Alors que chaque sociétaire verse en moyenne 1 fr. 71, elle reçoit comme indemnité 7 fr. 64 et la Société dépense, comme frais généraux, pour chacun de ses membres, 1 fr. 46. De sorte que chacune d'elles occasionne un déficit à l'œuvre de 7 fr. 39 !! Ce qui faisait dire, à son sujet, par M. Chaumet, sous-secrétaire des P. T. T. qui présidait en 1912, son Assemblée générale.... « qu'on avait annobli la « charité jusqu'à oublier la no ion de charité » (1). Mais peut-on voir dans

(1) Rapport pour 1908, page XI.
(2) Rapport pour 1910, page 434.
(3) *Ibid.*
(4) Rapport pour 1910, page 434.
(5) *Ibid.*

(1) Compte-rendu de la XXIe Assemblée Générale de la Mutualité Maternelle de Paris, page 22.

une pareille Institution, si intéressante soit-elle, une manifestation vraiment mutualiste et n'est-on pas plutôt en présence d'un œuvre d'assistance ?

Nous venons d'étudier en détail le cas de Sociétés anciennes, puissantes, relativement riches, conduites par un personnel expert, fortes de l'appui des pouvoirs : leurs frais généraux sont écrasants.

Objectera-t-on qu'à ces chiffres on pourrait nous opposer telle ou telle petite Société administrée gratuitement ou presque ? D'abord l'exception n'enlève rien à la règle ; par surplus, les errements financiers observés dans les Sociétés importantes se retrouvent le plus souvent dans les petites — et parfois même fort accentués

Nécessité d'une réaction. — En présence d'une tare aussi grave, le Conseil de la Mutualité devait s'alarmer. Il a, en effet, voulu réagir et assigner une limite à cette élévation inconsidérée et sans cesse croissante des charges. Dans un projet de modifications à la Loi de 1898, qui fut discuté par lui dans sa Séance de juin 1905, on avait introduit une proposition ainsi conçue :

« Les frais d'administration des Sociétés ne peuvent « dépasser annuellement 10 % des cotisations versées par l'ensemble « des membres participants ». Nous avons vu que ce maximum proposé était toujours dépassé. Aussi, quand le texte vint en discussion, M. VERMONT fit observer que cette limite pouvait être insuffisante et il demanda que la quotité dix pour cent fût calculée « sur l'ensemble des cotisations des membres honoraires et participants ».

M. le docteur GYOUX, Président du Syndicat Girondin des « Institutions de Prévoyance, insista, en proposant que l'on calculât, « sur l'ensemble de toutes les recettes ».

M. CAVÉ, Vice-Président, estima qu'on ne pouvait imposer une pareille limitation aux Sociétés de Secours Mutuels proprement dites qui ont à la fois pour but la retraite et la maladie, car ces Sociétés ont trop de frais.

M. le Sénateur LOURTIES, qui présidait la séance, convint que des abus s'étaient produits et que des Sociétés de Secours Mutuels dépensaient plus que des Sociétés d'Assurances...

Et pour terminer un débat aussi instructif, M. DELATOUR, le Directeur Général de la Caisse des Dépôts et Consignations, confia qu'il valait mieux, décidément, fixer une limite légale, quelle qu'elle fût... afin que l'Etat n'eût pas l'impression de servir uniquement à rémunérer les employés des Sociétés au moyen de ses Subventions.

Eh bien ! il s'agit de savoir si l'on doit se payer de mots ou de réalités ? Est-il acceptable que ces Sociétés — qui bénéficient largement de sacrifices faits par la Nation tout entière — ne soient pas administrées aussi économiquement que telles Sociétés civiles ou mutuelles, à frais de gestion nettement limités, beaucoup moins onéreux pour leurs contractants — et qui, cependant, arrivent même parfois à procurer, par surplus, des gains effectifs à leurs dirigeants ?

Le seul fait que personne ne peut tirer un profit commercial de la prospérité économique de l'Œuvre compense-t-il suffisamment les pertes que ce mode d'administration cause incontestablement à la masse ?

La notion qu'on est agrégé à une Mutualité « Pure » — mais dépensant pour sa gestion et ses frais divers 28 pour cent des cotisations versées par ses membres — ne nous paraît pas suffisante pour consoler d'un pareil état de choses

Cause des exagérations observées. — Quelle est donc la principale raison des regrettables constatations que nous venons de faire ? C'est que dans une entreprise quelconque le pourcentage des frais généraux par rapport aux recettes diminue considérablement au fur et à mesure que celles-ci prennent plus d'ampleur. Or, les Sociétés de Secours ne satisfont aucunement à la Loi des Grands Nombres qui est cependant la base essentielle de la Mutualité.

Autre conséquence de l'éparpillement des effectifs. — Le préjudice causé par cet éparpillement des effectifs ne se limite d'ailleurs pas à cette seule élévation des frais généraux. Si l'on évalue, en effet, le nombre des cas de maladie, de mort ou de sinistres de toute nature qui apparaissent annuellement dans un groupement humain quel qu'il soit, on constate que ce coefficient se reproduit d'une année à l'autre, avec des écarts d'autant plus faibles que l'agrégat est plus considérable. Il deviendrait sensiblement constant si l'agglomération devenait elle-même immense. Dans un petit groupe, au contraire, la proportion des accidents, des maladies, des décès, subit des variations essentiellement capricieuses. Il en résulte qu'on peut connaître d'avance, à très peu près, par l'expérience du passé, quelle sera l'importance de la morbidité ou de la mortalité dans une Société nombreuse, tandis qu'il ne sera possible de faire aucune prévision sérieuse de ce genre pour une réunion de quelques individus.

C'est ainsi, par exemple, que l'Ancien Ordre des Forestiers (« Ancient Order of Foresters »), vaste organisation de Sociétés de Secours Mutuels anglaises, comprenant près d'un million de membres, sait, par les Tableaux qu'il a dressés que, sur 10.000 de ses membres, il aura très probablement, dans l'année, 2.479 cas de maladie d'une durée moyenne de 50 jours. Il sait, par le rapprochement des observations qui ont servi à déterminer ces moyennes, qu'il se pourra produire, au maximum, contre son attente, 17 cas de maladie en plus ou en moins. De cette con-

naissance il déduit aisément que, pour une indemnité quotidienne de maladie de 3 francs, la dépense afférente à chaque membre variera entre 38 fr. 05 et 37 fr. 05 ; une prime annuelle de 38 fr. 05 sera donc toujours suffisante. Par contre, en étudiant un groupe de cet « Ordre » composé seulement de 100 membres, on trouve, dans les observations faites année par année sur cet effectif, que le nombre des cas de maladie varie de 27 à 24. La dépense moyenne oscillera ainsi de 40 fr. 85 à 34 fr. 75, ce qui exige une cotisation de 40 fr. 85 pour être certain de faire face à tous les besoins (1).

L'évaluation préalable de la cotisation rationnelle des membres d'une Société de Secours Mutuels s'élève donc à mesure que le nombre des associés diminue. Il est dès lors certain que dans les petits groupements les charges et les aléas des contractants sont mathématiquement augmentés dans de sérieuses proportions.

Eh bien, reportons-nous aux données des Rapports officiels. Nous y voyons que la population moyenne d'une Société de Secours approuvée qui était, en 1903, de 254 membres (2), est tombée, en 1908, à 245 membres (3) et enfin, en 1910, à 227 membres (4). La densité de la population des Sociétés de Secours Mutuels a donc, en 10 ans, baissé de plus d'un dixième !

Notons du reste qu'il y a lieu de faire toutes réserves sur les chiffres que nous venons de fournir, car, pour les établir, on a fait intervenir des groupements fort nombreux dont l'incorporation dans la statistique a pour résultat de grossir artificiellement les moyennes : nous voulons parler, d'une part, des Institutions qui se sont formées pour pratiquer exclusivement l'assurance sur la vieillesse et d'autre part, des Unions.

Les premières, auxquelles on défendait jadis de prendre le titre de Sociétés de Secours, n'ont, en vérité, pas droit à ce titre puisqu'elles ne se proposent pas l'assurance contre la maladie qui doit être, suivant le Décret de 1852, le but principal de ces Sociétés, ou au moins un de leurs buts suivant la loi du 1er avril 1898 (5).

Autre conséquence de l'éparpillement des effectifs. — Quant aux Unions, il est absolument anormal de les faire intervenir dans le dénombrement des Sociétés, car les mêmes individus apparaissent ainsi deux fois : décomptés d'abord comme affiliés à leur groupe, ils réapparaissent sans qu'on les reconnaisse à l'actif de leur union.

D'ailleurs, si l'on cherche ce qui correspond, en réalité, au chiffre moyen de 245 membres donné pour 1908, on constate, en se reportant au répertoire publié à l'annexe 22 du Rapport pour 1908, que sur les 16.595 Sociétés approuvées, 5.264 ne comptaient pas 50 membres participants et 10.353, c'est-à-dire 63 % comptaient moins de 100 membres. Et nous avons rencontré seulement 439 Œuvres groupant plus de 1.000 adhérents !

Mais les chiffres brutaux, ceux qui ne résultent pas d'une trituration quelconque, sont encore plus éloquents que ceux dont nous venons de parler ; la statistique officielle montre que jusqu'en 1907 le nombre des membres participants s'accroissait d'année en année par centaine de mille. Or, en 1909, il ne s'augmente plus que de 56.640 unités et en 1910, de 13.189 seulement — alors que cependant 765 Sociétés nouvelles étaient créées au cours de cet exercice

Quelles conclusions doit-on tirer de l'étude que nous venons de faire ?

(A suivre.)

(1) Voir Rapport du Jury International de l'Exposition de 1889. Economie sociale, deuxième fascicule.
(2) 29 honoraires et 216 participants.
(3) 29 honoraires et 225 participants.
(4) 27 honoraires et 200 participants.
(5) « Ce secours de maladie.... c'est le service traditionnel, la base même de la Mutualité ». Alman. des Mutualistes, 1906, L. Mabilleau.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

La morale du médecin.

Sous ce titre, le Dr Victor Parant, de Toulouse vient de faire paraître un livre très intéressant et dont nous recommandons la lecture à nos confrères.

Le Syndicat des médecins de Toulouse a voté un règlement de déontologie, après une très longue mise à l'étude du projet.

Le Dr Victor Parant a tenu à nous éviter une lecture fastidieuse d'articles de code déontologique et, prenant chapitre par chapitre, il nous a donné l'explication du pourquoi de chaque règle y édictée.

Il commence d'abord par préciser les devoirs généraux du médecin et en profite pour donner une définition précise de ce qu'est la déontologie et quelle en est la raison d'être. « Le médecin doit, par sa conduite, par ses paroles, par sa manière de vivre, faire respecter son honneur et sa dignité, l'honneur et la dignité du corps médical ».

L'auteur nous cite alors des exemples glorieux de dévouement et d'abnégation professionnelles de la part de quelques confrères, victimes de leur devoir. De tels exemples doivent être imités et c'est pourquoi le syndicalisme médical doit propager, parmi ses membres, les idées saines et honnêtes de pratique professionnelle correcte et digne.

Le second chapitre traite des devoirs du médecin envers sa clientèle. A noter la lecture du passage traitant de la présence d'un médecin au cours d'un duel.

L'auteur conclut que le praticien doit se refuser à assister des duellistes.

Très énergiques, les lignes sur le secret professionnel qui doit être absolu, étant basé sur la confiance que le malade doit avoir dans son médecin.

Quant aux devoirs du médecin envers la collectivité, ils doivent être très précisés par le règlement déontologique du syndicat : à la force collective des mutualités, des assurances ou de l'Etat doit répondre la force collective des Syndicats médicaux. Le syndicat médical pourra, à l'instar de celui de Toulouse, contracter avec les autorités administratives ou privées et conclure de véritables contrats collectifs de travail, dont les conditions seront d'autant plus favorables aux médecins que ceux-ci seront plus unis.

Mais un règlement de déontologie doit comprendre les devoirs de confraternité : c'est donc le sujet d'un chapitre suivant.

« Le Syndicat rappelle à ses membres leur devoir réciproque de loyauté et de courtoisie ; il réprouve la médisance, qui s'exprime en paroles ou en gestes ; on ne doit même pas s'en faire l'auditeur complaisant ; il prévient de son erreur quiconque tiendrait compte de propos désobligeants qu'on lui rapporterait comme venant d'un confrère, sans s'être assuré de leur existence réelle : il établit une procédure de règlement pour les dissentiments professionnels, recommande l'arbitrage syndical et interdit la publicité des polémiques dans ce genre de différend. »

Le code de déontologie doit donc s'efforcer à réglementer, autant que faire se peut, les relations de médecin à médecin, dans chaque région.

Nous abordons ensuite les devoirs corporatifs du médecin. Le Dr Parant pose un premier principe : le devoir moral d'adhérer au syndicat, à cause des services matériels et moraux que cette association est appelée à rendre.

L'auteur passe alors rapidement en revue les actions que le syndicat peut exercer contre ses membres ou contre les non-syndiqués. La question est bien traitée, parce que vécue à Toulouse. Nous rappelons le fameux jugement du 14 avril 1910, par lequel le tribunal de Toulouse reconnaissait au Syndicat médical le droit de mise à l'index d'un non-syndiqué.

Le syndicat peut-il choisir ses adhérents ? Peut-il refuser l'admission d'un docteur en médecine qui, par exemple, exercerait en même temps la pharmacie, alors qu'il aurait les deux diplômes ?

Le Dr Parant conclut par l'affirmative et déclare qu'à Toulouse, on ne voudrait pas accepter de tels confrères, cumulant les deux professions. Voilà la preuve de l'autonomie qui doit être laissée à chaque syndicat, car nous connaissons des régions, où les médecins qui ont le diplôme de pharmacien sont autorisés syndicalement à exercer les deux professions, à l'instar des médecins pro-pharmaciens, qui sont également très nombreux dans certaines contrées.

En somme, c'est une question locale qui prouve que les règles déontologiques ne peuvent pas s'imposer *ne varietur* à toute la France, comme pourrait le faire un ordre des médecins pour les prescriptions qu'il pourrait édicter pour l'exercice de notre profession.

Le chapitre suivant traite des honoraires. C'est la question des rabais, comme celle de la dichotomie.

Enfin le dernier chapitre parle de la pratique de la déontologie et des sanctions syndicales. Nous croyons être agréables à nos lecteurs en reproduisant ce chapitre en son entier. Il aidera sûrement certains secrétaires de syndicats, qui voudraient bien décider leur groupe à édicter des sanctions et à instituer un conseil de famille,. Mais nous tenons à féliciter le Dr Victor Parant de nous avoir prouvé une fois de plus son dévouement à la cause médicale, en nous donnant un travail de lecture agréable, sur un sujet très délicat à traiter.

Dr Paul BOUDIN.

La pratique de la déontologie et les sanctions syndicales (1).

L'ensemble cohérent de règles morales professionnelles dont nous venons de terminer l'analyse a-t-il une valeur pratique ? Est-il autre chose qu'un recueil de conseils, et s'impose-t-il avec quelque autorité à l'exercice de l'art médical ? En un mot, quelles sont les sanctions contre les infractions commises ? Sont-elles purement morales ou ont-elles une valeur coercitive plus efficace ?

Il y a encore des médecins pour s'étonner que, dans une profession libérale, on veuille parler de sanctions. Ils assurent que cette idée est nouvelle et volontiers la considèrent comme pernicieuse. Elle est pour eux un abaissement, indigne des anciens, car le sentiment de l'honneur suppléait jadis, paraît-il, à toute contrainte, et le mépris de ses confrères suffisait à châtier le médecin qui oubliait ses devoirs. Penser ainsi est méconnaître absolument une évolution des mœurs et des lois que l'on est libre de regretter, mais aux conséquences de laquelle il faut bien parer. Lorsque les seules règles de déontologie étaient des notions de bon ton, des préceptes de courtoisie confraternelle ou des obligations de dévouement, une simple admonestation, ou, en cas de persistance, une attitude dédaigneuse à l'égard des coupables pouvait être une punition adéquate à la faute commise. Mais la déontologie a dû étendre son influence. Nous l'avons montré suffisamment, par la compénétration avec l'action syndicale, elle règle aujourd'hui, de nombreuses questions où sont en jeu des intérêts, même pécuniaires, importants, où le mauvais vouloir d'un opposant serait la cause d'un grave préju-

(1) Dr Victor PARANT : La Morale du médecin.

dice tant matériel que moral, atteignant à la fois les médecins restés fidèles aux principes et la cause syndicale, qui tendra de plus en plus à supporter les conséquences des erreurs de ses membres dans l'exécution des contrats syndicaux. Aujourd'hui le tort porté à un confrère par l'inobservation des règles déontologiques mieux précisées peut l'atteindre dans son renom, dans son avenir, dans son indépendance professionnelle. Et surtout, en un temps où les adversaires de la profession sont de puissantes collectivités dépourvues de sentiment et sensibles à la seule force, le syndicat qui s'élève contre elles a besoin de sentir une étroite cohésion parmi ses membres et n'a le droit de négliger aucun des moyens de l'assurer. Personne, d'ailleurs, ne s'offusque à l'idée de signer une clause pénale dans un bail ou dans une police d'assurance. Pourquoi ne pas accepter des sanctions matérielles comme une garantie supplémentaire du pacte syndical ? La médecine formerait-elle une exception ? Le barreau, profession libérale par excellence, a des sanctions à la disposition du Conseil de l'ordre, sanctions terribles, puisqu'elles peuvent aller jusqu'à l'interdiction de l'exercice d'une profession où la contrebande n'est pas possible. Et dans le monde sportif, où le sentiment de l'honneur est cultivé avec soin, des jurys particuliers infligent — et fréquemment — des pénalités formidables : un aviateur convaincu d'avoir volontairement altéré le chiffre de kilomètres parcourus par lui, en profitant de la similitude de nom de deux villes, a été disqualifié pour dix ans. La conséquence de cet arrêt sera un préjudice matériel, puisque le coupable ne pourra plus concourir. Voudrait-on priver les associations professionnelles du pouvoir, admis pour les associations sportives, de défendre l'honneur et les intérêts collectifs contre les atteintes dont ils pourraient être l'objet de la part d'un membre isolé ?

Au surplus, la cause est entendue ; déjà, suivant l'exemple ancien du syndicat de l'arrondissement de Versailles, de nombreux syndicats prévoient dans leurs statuts une échelle de sanctions dont l'application est laissée à la disposition tantôt du bureau, tantôt de l'assemblée générale et qui vont de l'avertissement et du blâme à des amendes fort élevées et à l'exclusion, sans compter le droit toujours ouvert de demander en justice des dommages pour un préjudice porté aux intérêts corporatifs. Voilà pour les syndiqués. Les non-syndiqués ne peuvent être frappés de même ; mais la mise à l'index leur est applicable, cordon d'isolement pire qu'une sanction ; son défaut est d'être brutale, brutalité nécessaire cependant tant que l'organisation professionnelle ne jouira pas d'un certain droit de réglementer la profession. Comme l'a écrit M. de Mun à propos du procès de Toulouse (1) : « Le Syndicat se jette dans la violence parce qu'il n'a pas d'autorité réelle et universellement acceptée. L'anarchie vient de là ; elle ne cessera que par l'organisation des professions. » Que les lois donnent à une émanation régulière de la profession organisée un pouvoir réglementaire des coutumes professionnelles, et c'est avec plus de modération, avec un souci exact des nuances à observer, que seront appliquées les sanctions indispensables. Et, de même, dans un ordre de faits voisins, que les Syndicats médicaux aient une capacité civile plus grande, qu'ils puissent contracter avec toutes les collectivités, y compris les corps publics et faire respecter les contrats passés, sans craindre des fins de non-recevoir légales, les sanctions corporatives et civiles leur suffiront, et l'idée même d'un refus collectif de service public ne se posera plus comme à Amiens ou comme à Toulouse dans la récente crise du Bureau de bienfaisance de cette ville. Donner aux corps professionnels le moyen d'être forts est leur enlever le besoin d'être violents.

***

La morale professionnelle réclame du médecin un sens délicat des qualités de l'honnête homme, plus spécialement la discrétion et la probité envers ses malades, la loyauté et la courtoisie envers ses concurrents ; elle fait mieux, car elle suppose en lui le dévouement pour ceux qui souffrent, avec une prédilection pour les plus pauvres, un respect attentif des droits de la personne humaine, dont la vie ou la liberté morale et physique sont entre ses mains, un esprit de sacrifice indissolublement attaché aux risques mortels de la profession. C'est là le fond même de ses exigences. Le reste, organisation professionnelle, discipline syndicale, sont des moyens, mais non un but ; des moyens d'une nécessité plus pressante à une heure où l'indépendance traditionnelle est menacée par l'oppression des collectivités et par les entreprises du fonctionnarisme, mais qui n'ont pour raison que d'assurer la liberté et la dignité du médecin afin que, débarrassé des soucis déprimants, il puisse mieux cultiver en lui les vertus morales qui lui sont plus nécessaires qu'à beaucoup d'autres hommes.

Pour cette fin, la morale professionnelle se montre dépendante et vassale de la morale générale. En aucun point, elle ne lui est contraire ; souvent elle ne fait que la préciser et l'affirmer. Et l'on sent déjà qu'elle n'est pas à l'abri des contradictions que provoque chez tant de gens leur incertitude du fondement même de la morale. Que pourra-t-il résulter pour la déontologie médicale des doctrines sur le droit au bonheur, sur

(1) *L'Echo de Paris*, 29 septembre 1910.

les bienfaits de la lutte pour la vie, sur les droits du surhomme ? Des consciences façonnées par certains prédicateurs de ces théories ne s'élèveront-elles pas contre les règles qui supposent ce sens général de la vie et des rapports entre hommes, qui est la philosophie commune de nos concitoyens et que les plus incrédules tiennent de notre hérédité et de notre culture chrétiennes ? Il est certain qu'il y a là un danger pour l'unité morale de la profession, et c'est parce qu'il s'est manifesté qu'il est utile d'admettre la coexistence de syndicats voisins à tendances différentes, car nous ne séparons pas l'action syndicale d'une armature morale qu'elle postule et dont elle se montre l'efficace soutien.

A l'heure actuelle cependant, ce problème ne se pose que par exception. Les groupements professionnels font preuve, en matière déontologique, d'un accord presque complet. Réjouissons-nous de voir qu'ils ont rompu avec le libéralisme individualiste d'antan et qu'ayant constaté par expérience que l'individu ne saurait être à lui-même sa règle, ils aient formulé syndicalement les devoirs que la profession médicale se reconnaît et s'impose. Sévère pour elle-même, elle peut se montrer plus exigeante pour autrui ; protégeant le médecin contre sa propre fantaisie, elle peut être son guide dans ses revendications, et elle mérite d'obtenir ce qu'on ne peut lui refuser sans injustice et qui est le corollaire de l'observation par le médecin de ses devoirs, c'est-à-dire le respect de tous ses droits.

II

Pourquoi le syndicalisme médical ne donne-t-il pas tout ce qu'il devrait donner ?

Question souvent posée et à laquelle la réponse est tout entière dans l'allocution de M. Claverie, président du Syndicat des médecins du département d'Alger à l'Assemblée générale du 31 janvier 1914

Quand vous m'avez fait l'honneur de m'élire président de votre Syndicat, dont je ne faisais partie que depuis quelques semaines, j'ai eu un sentiment d'inquiétude bien naturelle et bien justifiée.

Le groupement venait de traverser et traversait encore une crise de décroissance plutôt grave et il n'avait échappé à la dissolution finale qu'à une voix de majorité.

Mais l'activité de votre Commission, composée de MM. Antoni, Bourlier, Dumolard et Lemaire, avait déjà obtenu un résultat encourageant en amenant un groupe important d'adhésions.

La confiance que vous me marquiez en m'appelant à continuer le mouvement de réorganisation était aussi pour moi un encouragement, et j'acceptai, bien que la tâche assumée fût un peu lourde et que je pusse légitimement craindre d'échouer là où d'autres, beaucoup plus autorisés que moi, n'ont pu réussir, faire, ou continuer de faire du syndicat un centre actif et vivant.

Un peu désorienté tout d'abord, j'ai fait ce que l'on fait quand on entre dans une maison qui vous est encore étrangère, j'en ai fait le tour, j'en ai étudié les êtres, j'ai voulu connaître les habitudes et les traditions de ceux qui l'avaient habitée, chercher à me rendre compte de ce qu'ils ont voulu faire, et analyser les causes de leurs succès ou les raisons de leur insuccès. J'étais certain d'ailleurs que mes prédécesseurs m'y donneraient d'utiles leçons et qu'il n'y aurait qu'à suivre à nouveau leur voie et à recommencer leurs efforts.

Beaucoup d'entre vous sont, comme moi, de nouveau-venus au Syndicat ; aussi désireront-ils peut-être faire comme moi, le tour de la maison. Voici ce qu'ils verront et ce que j'ai vu en feuilletant tout simplement le registre des procès-verbaux. Je serai aussi bref que discret.

C'est le 4 mars 1897, c'est-à-dire, il y a 16 ans, que, sous la présidence provisoire du doyen d'âge Collardot, après une active campagne de presse, à laquelle participa notre confrère Sabadini, eut lieu la première réunion qui jeta les bases du syndicat actuel.

En 1886, la formation d'un syndicat avait bien été tentée, mais, faute d'existence légale impossible à cette époque, la tentative avorta.

Il y a alors 52 *adhérents, mais dès cette première réunion,* 36 SONT ABSENTS. On nomme un bureau provisoire où je relève les noms de nos confrères Collardot, Rey, Martin, Sabadini, Cabanès.

Dans une deuxième réunion, le 11, on discute les statuts, et à l'assemblée du 20 mars, le Syndicat est fondé définitivement, les statuts adoptés, et le Dr Rey élu premier Président du Syndicat, *par* 20 *membres,* 33 EXCUSÉS. Il y a autour de lui, au bureau : Merz, Sabadini, Marini, Bourlier.

Une lettre du Président du Tribunal de Commerce met à la disposition du nouveau Syndicat la salle de la Bibliothèque du palais de la Bourse. *Nous sommes à la fondation du Syndicat, c'est-à-dire à l'heure où toutes les bonnes volontés sont fraîches et les activités neuves, et voyez déjà le chiffre considérable des membres qui s'abstiennent de venir.*

CE FAIT SE REPRODUIRA EN S'AGGRAVANT TOUJOURS, *et c'est dans cette indifférence qu'il faudra chercher la cause du sommeil du Syndicat.* Le moindre inconvénient qui en résultera sera que le groupement tendra à devenir une façade derrière laquelle il n'y aura rien ou presque. Dans ces conditions, quelle activité, et quelle autorité voulez-vous légitimement attendre d'un bureau dont les bonnes volontés ne peuvent s'appuyer sur rien.

Pourquoi et quel remède, nous essaierons de le chercher.

En 1898, le Syndicat se fait l'arbitre, dans un différend survenu entre deux confrères, il traite deux affaires pour exercice illégal de la médecine. Il met à

l'ordre du jour la discussion sur les opérations payantes des malades solvables dans les hôpitaux, question que nous pourrons reprendre en l'élargissant.

En 1899, on amorce sans aboutir la question du service médical de nuit, que nous avons remise à l'étude et dont nous parlerons tout à l'heure.

Le Dr Sabadini est élu président par l'unanimité des 16 votants.

C'est cette année que le Dr Verhaeren cherche à établir un service du contentieux qu'il divise en service de renseignements et service de recouvrements. Mais les efforts échouent, nos confrères n'en usent pas pour leurs recouvrements et je ne trouve pas trace que le service de renseignements ait jamais fonctionné.

Je crois d'ailleurs que ce service ne pouvait pas fonctionner ; le Syndicat n'est pas organisé pour cela et ne peut pas l'être utilement ; il aurait, de ce chef, toute une responsabilité financière et autre, toute une tenue de comptabilité qui ne saurait lui échoir ; c'est une voie où il y aurait inconvénient, à mon sens, à s'engager. Il faut laisser cette organisation aux initiatives privées, et, dans ce sens, un certain nombre d'entre vous ont dû recevoir des offres qui méritent d'être étudiées.

Le Syndicat, en cette année 1899, intervient encore dans deux affaires d'exercice illégal de la médecine, dont la fameuse affaire Bonetti.

En 1901, c'est le Dr Moutet qui prend la présidence. En janvier 1902, le *Bulletin médical* est choisi comme organe officiel du Syndicat, avec une subvention de 50 francs, portée, le 7 juin 1906, à 100 francs.

A l'Assemblée générale de 1902, il y a 12 membres présents, et le Président Moutet signale, avec une pointe d'ironie ou de bonhomie souriante, que si l'exercice n'a pas été fécond en incidents, il s'est signalé par la tranquillité et la bonne entente confraternelle.

Le Conseil du 23 mai 1903 demande la suppression de la publicité dans les urinoirs.

Le 21 janvier 1094, le Dr Verhaeren est élu Président. Il y a en caisse 2.385 fr. 30.

Le Dr Verhaeren nourrit le projet d'étendre le Syndicat aux trois départements, projet que nous venons de reprendre et que vous allez faire aboutir tout à l'heure, je l'espère.

Il mène en outre une campagne longue et tenace pour la réforme des statuts qui régissent les médecins communaux ; mais il se heurte à la mauvaise volonté, sinon à l'hostilité de l'administration et, bien que la question soit portée jusqu'à la Chambre, elle n'aboutit pas.

Le 31 mai, devait avoir lieu une grande Assemblée extraordinaire des médecins algériens. Cette séance n'a pas laissé d'autre trace au procès-verbal qu'un en-tête en haut d'une page blanche. J'ignore si elle a été tenue et, le cas échéant, quels ont pu en être les résultats.

Là, encore, nous reprenons le projet ; espérons que le résultat sera meilleur.

Le 7 février 1906, Verhaeren arrive au terme de son mandat.

A l'Assemblée générale, 13 membres présents.

Le procès-verbal mentionne simplement la réunion et le Dr Verhaeren continue sa présidence. Le compte-rendu de la réunion du bureau du 3 mai 1906 laisse entendre qu'il y a eu une modificatioon aux statuts ; je n'ai pu retrouver laquelle.

Le Dr Verhaeren disparaît ; les séances du Conseil, si je m'en rapporte au registre des procès-verbaux, se font assez rares, faute d'élément.

A l'Assemblée du 15 février 1908, le Dr Murat est élu Président pour terminer la période en cours, et réélu le 9 janvier 1909.

On discute la fameuse circulaire du Procureur général sur les rapports médicaux collectifs, circulaire que nous n'avons pu faire rapporter et qui est en vigueur.

En mars 1911, l'Assemblée générale des Syndicats d'Oran revient sur le projet de création d'une Fédération des Syndicats d'Algérie.

Le 6 juin 1911, le Dr Goinard est élu Président et, à l'Assemblée extraordinaire de juillet 1912, que préside le Dr Julien, le Dr Goinard empêché, une commission est désignée pour étudier les moyens de faire revivre le Syndicat, après que la proposition de se dissoudre eut été repoussée à 1 voix de majorité.

MM. Antoni, Bourlier, Lemaire et Dumolard multiplient leurs efforts, les adhésions nouvelles sont nombreuses.

Vous connaissez le reste, il est d'hier.

Il est certain, Messieurs, que l'impression qui découle de l'histoire du Syndicat n'est pas très encourageante, mais elle n'est pas absolument mauvaise. On a travaillé, on a creusé un sillon que, sur beaucoup de points, nous n'aurons qu'à reprendre avec une nouvelle bonne volonté et de nouveaux moyens.

Et si une crise d'anémie a paralysé un peu le Syndicat et a failli l'emporter, le mal ne paraît pas sans remèdes ; nos prédécesseurs nous ont montré la voie.

Quelles sont les raisons qui ont enrayé le libre développement de l'activité du Syndicat ? Je ne crois pas devoir vous les énumérer à nouveau, après la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser et qui servait d'introduction au projet de Fédération des Syndicats que le bureau va soumettre à votre discussion.

Il nous a semblé que pour donner au Syndicat d'Alger un essor nouveau, il fallait élargir son rôle et son action et, sans perdre de vue son caractère de groupe local, mettre à profit sa situation à Alger pour en faire un centre d'activité, et comme le point de rencontre des actions des Syndicats voisins et des groupements médicaux professionnels de toute l'Algérie. Ne vous semble-t-il pas que le rôle trop effacé du Syndicat d'Alger vient peut-être de ce qu'on n'a pas cru devoir ou pas pu maintenir avec assez de méthode le contact avec les confrères ou les groupements voisins; et qu'on n'a pas pu les intéresser suffisamment à une action commune ; les bonnes volontés sont restées un peu éparses : de très intéressantes questions ont été soulevées, mais peut-être, faute d'une opinion médicale publique algérienne bien mise en mouvement,

n'ont-elles pu aboutir ; rien n'est décourageant comme la conscience de l'inutilité de l'effort et l'impression que l'on travaille à vide et dans le vide.

C'est pourquoi nous avons pensé que la première chose à faire était de grouper en un seul faisceau toutes les bonnes volontés des confrères de toute l'Algérie, et de mettre à profit, pour ce faire, notre situation particulière à Alger, capitale administrative de l'Algérie.

Nous croyons que cette Fédération des Syndicats pourra devenir, sera d'ici peu une réalité ; mais ce qu'il faudra ensuite et ce qui sera moins facile, ce sera d'entretenir son activité, l'empêcher de se fondre, il faudra alimenter son travail, susciter les discussions ; ne pas attendre que les questions naissent, mais les faire naître, poser les problèmes pour les résoudre, trouver la matière pour avoir tous les ans une réunion générale qui soit le congrès de tous les praticiens d'Algérie.

Le programme est un peu vaste, mais je crois qu'il appartient au Syndicat des médecins du département d'Alger de le remplir, s'il veut renaître de ses cendres, et s'il a réellement conscience du véritable rôle qui, par sa situation à Alger, grande ville, capitale de l'Afrique du Nord et université, lui est dévolu naturellement.

Le jour où les syndicats algériens et leur Fédération donneront l'impression de groupements actifs, et actifs avec méthode, avec suite et avec durée, la question à l'ordre du jour des rapports des Syndicats avec l'Association pourra être abordée sans que nous y fassions, tout au moins en Algérie, trop mauvaise figure.

Vous savez comme moi que cette question est discutée actuellement à l'Association à Paris et à l'Union des Syndicats, et que la formule n'est pas encore trouvée, si tant est qu'il soit bien nécessaire d'en trouver une. Peut-être serait-il plus simple de laisser chaque groupe évoluer dans sa propre voie, tout en continuant d'entretenir avec le groupe voisin des rapports amicaux et confraternels.

En Algérie, la question n'est pas nouvelle ; et vous avez pu entendre le Président Sabadini dans son allocution à l'Assemblée générale de l'Association, le 17 juillet 1913, rapporter que, dès 1886, lors de l'essai de création du premier Syndicat, qui ne put se constituer n'ayant pas d'existence légale, le Dr Gérente demandait d'étudier les conditions dans lesquelles les deux groupements pourraient fusionner.

L'Association à Paris donnait la même mission le 6 avril 1913, à son Conseil supérieur, et en ce moment est encore pendante, si je ne me trompe, la question de savoir si l'Association, comme le soutient M. Levassort, a le droit d'ester en justice et d'intenter un recours dans l'intérêt d'un de ses membres.

L'adoption de cette thèse par le Conseil d'Etat légitimerait en droit une situation qui n'existe encore qu'en fait, et l'Association deviendrait, en droit, capable de prendre en mains les intérêts professionnels du corps médical au même titre que les Syndicats, tout en restant Société de secours et de prévoyance.

Comme nous le disions, la situation en fait ne serait guère modifiée, mais ce serait un motif de plus pour les Syndicats qui ne veulent pas disparaître, de devenir plus forts, par une action concertée et commune. C'est ce que nous voulons essayer en Algérie

Certes, il y a des Syndicats médicaux qui travaillent avec activité, mais combien rares encore à côté de ceux qui dorment, à côté de ceux mêmes qui, comme le Syndicat d'Alger, sont près de s'éteindre... faute de combattants.

Et pourtant l'heure est grave, plus grave qu'elle ne le fut jamais pour la profession médicale. La Commission Chéron-Métin est régulièrement constituée ; elle a déjà fonctionné et des échos qui nous en sont parvenus, il résulte incontestablement que ses projets sont nettement tendancieux.

Ce n'est donc pas le moment de sommeiller.

Que les 12000 confrères syndiqués se mettent résolument à l'œuvre ! Qu'ils se dressent comme un seul homme en face des menaces à peine déguisées de fonctionnarisation, s'ils ne veulent pas se réveiller un jour les chaînes au col et aux poignets.

DÉONTOLOGIE

Des lecteurs nous ont souvent demandé s'il existe des *codes de déontologie* qu'ils pourraient consulter avec intérêt. En voici deux nouveaux qui nous paraissent conformes aux exigences de la profession médicale. Le second est intéressant en ce qu'il émane d'un groupement belge, qui semble avoir des conceptions et des soucis très voisins des nôtres.

En tous cas, il y a, à notre avis, deux grands principes qui doivent toujours dominer en déontologie ; le premier est inscrit en tête du code de l'*Union médicale* de Namur : *Ne faites pas aux autres*..... Le second est tout aussi net et péremptoire : *Le médecin est fait pour le malade* et non le malade pour le médecin. Ceci appelle le corollaire suivant : Le malade n'est pas la propriété du médecin, et son droit au *libre choix* est indéniable, fût-ce au prix d'une ingratitude ou d'une injustice

Règles professionnelles de la Société des médecins du Doubs.

I

Les médecins honorent leur profession en s'honorant eux-mêmes et, par conséquent, en observant vis-à-vis les uns des autres les *plus grands égards, tant en faits qu'en paroles.*

II

Nul médecin ne doit, *sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement un malade traité par un confrère.*

III

Qu'il entre dans une maison par la porte grande ouverte. Sa dignité l'exige. Et qu'il n'y entre jamais sans y être convié directement par la famille.

IV

Le médecin demandé pour la première fois dans une maison doit savoir à quel titre on l'a prié de venir, et si le malade a eu un médecin ordinaire ; celui qui est appelé *ne doit en aucun cas chercher à le supplanter.* Si le médecin constate que le malade a l'intention formelle de réclamer ses soins, et que l'ancien médecin n'a pas été demandé pour cette maladie, il peut entreprendre le traitement, mais il est de bonne règle d'avertir son confrère.

V

Le médecin appelé près d'un malade en l'absence du médecin ordinaire, qui n'aura pu être rencontré, doit ne prescrire que les remèdes urgents et n'instituer qu'un traitement de durée suffisante pour permettre d'attendre l'arrivée de son confrère.

S'il est appelé à défaut de celui-ci, empêché pour une cause quelconque pour un temps plus long que dans le cas précédent, il doit ne donner des soins que comme intérimaire et cesser de visiter le malade dès que l'empêchement de son confrère n'existera plus.

VI

1° *Le médecin appelé près d'un malade, dans le cours d'une maladie aiguë en traitement, à l'insu du médecin ordinaire,* doit se refuser à prendre sa place, à moins que celui-ci n'ait cru devoir se retirer volontairement.

Il ne doit prescrire aucun remède, émettre aucune opinion en l'absence du médecin traitant, sauf dans le cas de nécessité absolue, et alors il doit compte au médecin habituel des motifs de sa conduite.

Hors le cas d'urgence, il ne peut voir le malade qu'en consultation avec son confrère, qui restera le médecin ordinaire.

2° Dans une *maladie chronique régulièrement suivie par le médecin ordinaire,* le confrère appelé à lui succéder doit loyalement faire tous ses efforts pour changer les dispositions du malade et de son entourage, provoquer une consultation, en faisant ressortir le besoin qu'on aura du confrère appelé le premier. Dans le cas où toutes ces tentatives ont échoué, il peut, s'il le juge convenable, se charger du traitement, seul et sans l'assistance du premier médecin, mais à la condition de le prévenir sur-le-champ par lettre.

3° Dans *une maladie chronique qui n'est pas régulièrement suivie par le médecin ordinaire,* le médecin appelé peut se rendre auprès du malade et lui donner des soins ; mais il est de bonne confraternité d'observer encore dans ce cas les dernières dispositions du paragraphe précédent.

VII

Dans un cas grave ou douteux, le malade peut demander et le médecin doit accepter le concours d'un second médecin, quels que soient l'âge, le grade ou la situation de ce dernier, pourvu que son honorabilité personnelle ou professionnelle soit indiscutable. Ce concours sera toujours, quand il en sentira le besoin, réclamé par le médecin traitant qui, en cas de désaccord, reste libre d'appeler un consultant de son choix, en n'usant toutefois de ce procédé qu'avec la plus grande délicatesse.

VIII

Le médecin qui a été appelé en consultation avec ou par un confrère s'abtiendra, auprès du malade ou de son entourage, de toutes réflexions pouvant porter préjudice au médecin traitant. Le consultant ne devra apporter de changement au traitement, tant dans le fond que dans la forme, que dans le cas de vraie nécessité. La consultation ayant lieu à part, c'est-à-dire entre les médecins seuls, toute parole dite en dehors pouvant jeter la défaveur sur un des consultants est répréhensible. Le traitement indiqué par les consultants sera appliqué par le médecin ordinaire. C'est à lui qu'appartient l'exécution des pansements et opérations décidés en commun, à moins qu'il ne charge de ce soin un confrère.

Il ne doit pas retourner voir le malade, même pour prendre simplement de ses nouvelles, à moins qu'il ne soit appelé à nouveau par le médecin traitant ou autorisé par lui.

Il ne doit jamais accepter sa succession dans cette même maladie aiguë ou chronique, à moins pourtant que ce confrère ne le prie lui-même d'accepter.

IX

La *concurrence* entre médecins les déconsidère devant le public et nuit aux plus graves intérêts moraux et matériels de la profession ; c'est déplorable. Si cette concurrence devient déloyale, elle est indigne. Le médecin qui intrigue pour se substituer à ses confrères, ou qui abaisse ses prix de consultations ou de visites pour s'attirer de la clientèle, manque à toutes les lois de la délicatesse et de l'honneur (1).

(1) Un tarif d'honoraires est tenu à la disposition des confrères qui en feront la demande.

X

Dans les journaux ou autrement, pas *d'annonces ou de réclames,* c'est se déconsidérer. Une seule réclame est digne, celle qui vient du dévouement, de la probité et de la science.

IX

Le cabinet du médecin est un terrain neutre où il peut donner ses conseils à qui les réclame.

XII

Le médecin qui succède à un confrère comme médecin ordinaire d'une famille doit s'informer si la question des honoraires a été réglée.

XIII

Le médecin doit se refuser à entendre critiquer par sa clientèle ou juger défavorablement les actes professionnels d'un confrère en l'absence de celui-ci.

Code de déontologie et tarif minimum des médecins namurois (1).

On a publié et on continue à élaborer un grand nombre de Codes de déontologie à l'usage du Corps médical. Les principes admis sont partout les mêmes et les applications diffèrent peu. La pratique n'en est pas toujours facile et on oublie trop aisément d'y conformer sa manière de faire. Au bout d'un temps, on ne s'en souvient plus que vaguement.

C'est à ce titre *pro memoria* que nous croyons utile de reproduire le *Code de l'Union Médicale de la Province de Namur,* inséré dans son dernier Bulletin de décembre 1913.

Ne faites pas à autrui ce que vous ne voudriez pas que l'on vous fît.
Faites pour vos confrères ce que vous voudriez que l'on fît pour vous.

1. Tout médecin a pour premier devoir de solidarité professionnelle de faire partie du Syndicat, de l'Union professionnelle ou du Cercle médical de la localité ou de la région qu'il habite et de se conformer à leurs règlements et décisions.

2. Lorsqu'une place officielle ou privée est vacante, les médecins doivent s'abstenir de toute démarche capable de porter préjudice à un confrère ou atteinte à son honneur.

3. Le cabinet du médecin est un terrain neutre où le médecin peut donner des conseils à tous ceux qui les sollicitent ; il ne devra jamais se permettre aucune observation susceptible de porter atteinte à la réputation ou à l'honorabilité des confrères consultés avant lui.

(1) *Journal d'accouchement.*

4. Nul ne peut, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement les malades d'un confrère.

5. Le médecin qui remplace un confrère sur sa demande s'interdit d'accepter sa succession auprès du malade en traitement pendant la maladie actuelle.

6. Si un médecin traitant est absent, empêché, en vacances ou malade, tout médecin se rend, si possible, à l'appel du malade qui le réclame et fait telle prescription qu'il jugera utile. Mais dès le retour du médecin traitant, le second ne devra revenir dans la maison que sur l'invitation du premier.

Les honoraires sont réglés entre confrères suivant les usages locaux ou conventions personnelles.

7. Dans tous les cas visés plus haut, le médecin appelé d'urgence s'abstiendra de toute critique ouverte ou détournée de la conduite médicale du confrère qu'il remplace ou auquel il succède.

8. Lorsqu'un médecin induit en erreur sera appelé auprès d'un malade déjà en traitement pour une affection aiguë ou chronique, il devra s'informer du nom du médecin traitant, s'abstenir de toute réflexion sur la médication suivie, donner les soins urgents et exiger la présence du médecin traitant, ou tout au moins l'avertir.

9. Le médecin traitant ne doit jamais refuser une consultation ; il peut proposer un consultant. Si la famille en demande un autre, il l'acceptera pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable.

Cette honorabilité sera toujours considérée comme entière lorsque le consultant proposé est membre de l'*U. M. P. N.*

10. Toute discussion en présence du malade ou de la famille est interdite ; toute appréciation, en dehors de la consultation, susceptible de jeter la défaveur sur l'un des consultants, est blâmable.

11. Le consultant ne doit jamais revenir dans la famille en l'absence du médecin traitant, auquel il lui est interdit de succéder dans le courant de la même maladie, à moins que le médecin traitant ne l'y invite ou l'y autorise formellement.

12. Il est désirable que le médecin chargé d'une mission qui l'oblige soit à visiter chez eux les malades en traitement, soit à contrôler les déclarations verbales ou écrites d'un oonfrère, se mette ***préalablement*** en rapport avec le praticien intéressé.

Cette règle s'applique à tous : médecins légistes et experts, médecins d'assurances, de mutualités, d'hôpitaux, de la bienfaisance, inspecteurs d'asiles, d'écoles, médecins des chemins de fer, de l'office du travail, etc.

13. Le médecin se doit à lui-même et à ses confrères de faire rémunérer ses soins d'une façon convenable et digne. L'évaluation des honoraires aura pour bases : la nature, la gravité et la durée de la maladie, l'état de fortune du malade, la situation professionnelle du médecin, le travail effectué et l'importance du service rendu.

14. Le médecin ne peut d'aucune manière prêter l'appui de son autorité à une personne exerçant illé-

galement l'art de guérir ; il se gardera d'envoyer des attestations en faveur de drogues *secrètes ou autres.*

15. Les membres s'interdisent de faire insérer des annonces ou des réclames contenant des promesses charlatanesques ou autres formules analogues.

Ils reconnaissent au Comité le droit d'apprécier celles-ci et s'engagent à les retirer sur avis du Comité d'arbitrage

Ce code est suivi d'un Tarif *minimum* des honoraires médicaux, qui doivent s'établir sur les bases suivantes :

1° L'importance des services rendus ;

2° Le danger couru par le médecin, la responsabilité assumée par lui et la perte de temps subie ;

3° La distance parcourue ;

4° La condition sociale et la position de fortune du client.

Sous ce dernier rapport, la population est divisée en 4 classes, selon la fortune évaluée par le médecin lui-même, ce qui, certes, est extrêmement arbitraire, puisque l'on n'en donne même pas les bases présumées

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical »

Compétence en matière d'assistance médicale gratuite.

Toutes les contestations relatives à l'exécution du règlement départemental et de toutes délibérations prises par le Conseil général pour l'organisation du service de l'Assistance médicale gratuite, et notamment les demandes en paiement d'honoraires pour soins donnés aux assistés doivent être portées devant le Conseil de Préfecture et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat.

Le pourvoi en Conseil d'Etat peut être formé sans frais en cette matière.

CONSEIL D'ÉTAT

Section du Contentieux.

Séance du 11 *février* 1914.

Vu la requête sommaire et le mémoire ampliatif présenté pour le sieur T...
et tendant à ce qu'il plaise au Conseil annuler un arrêté en date du 23 juillet 1910, par lequel le Conseil de préfecture du Tarn s'est déclaré incompétent pour connaître de la demande en paiement d'honoraires formée par lui contre la commune de St-Paul-Cap-de-Joux, à raison des soins donnés aux indigents de l'assistance médicale gratuite,....

....

Ouï M. André Ripert, maître des requêtes, en son rapport ;

Ouï Me Auger, avocat du sieur T..., en ses observations ;

Ouï M. Chardenet, maître des requêtes, commissaire du Gouvernement, en ses conclusions.

Considérant qu'aux termes de l'art. 33 de la la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale, toutes les contestations relatives à l'exécution des délibérations du Conseil général prises en vertu de l'art. 4 de ladite loi et relatives à l'organisation de l'assistance sont portées devant le Conseil de préfecture et, en cas d'appel, devant le Conseil d'Etat ;

Considérant que la requête formée par le sieur T... devant le Conseil de préfecture tendait à obtenir le paiement des honoraires qu'il prétend lui être dus pour l'année 1908 à raison de sa collaboration au service de l'assistance médicale gratuite, dans la commune de St-Paul-Cap-de-Joux ; qu'elle se rattachait par conséquent, par suite, à l'organisation de cette assistance et qu'en refusant d'y statuer, le Conseil de préfecture a méconnu sa compétence ; qu'il y a lieu, dès lors, d'annuler l'arrêt attaqué et de renvoyer le sieur T... devant le Conseil de préfecture pour être statué ce que de droit sur sa réclamation.

Sur les conclusions à fins de dépens :

Considérant qu'aux termes de l'art. 32 de la loi du 15 juillet 1893, les jugements rendus et tous autres actes faits en vertu de ladite loi et exclusivement relatifs au service de l'assistance médicale sont dispensés de timbre et enregistrés gratis ; que dès lors, le pourvoi du sieur T... pouvait être formé sans frais et qu'il y a lieu de rejeter ses conclusions à fins de dépens ;

Sur les conclusions subsidiaires tendant à ce que soit ordonnée la restitution au requérant des droits de timbre et d'enregistrement qu'il a exposés, et fondées sur ce que la perception des dits droits aurait été faite à tort sur un pourvoi dispensé de tous frais par application de l'art. 32 de la loi du 15 juillet 1893 :

Considérant que ces conclusions ne sont pas du ressort de la jurisprudence administrative et ne sont pas recevables ;

Décide :

Article 1er

L'arrêté sus-visé du Conseil de préfecture du Tarn en date du 23 juillet 1910 est annulé.

Article 2

Le sieur T... est renvoyé devant le Conseil de préfecture pour être statué ce que de droit sur sa réclamation.

Article 3.

Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 2, 9 et 16 avril 1914.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3.318 Godéchoux, à Amiens (Somme).
3.319 Margarot, à Montpellier (Hérault).
3.320 Jardel, à Lauzès-du-Lot (Lot.)
3.321 Salmon, à Cambrai (Nord).
3.322 Beurois, à Bordeaux.
3.323 de Parrel, à Dieppe (Seine-Inférieure).
3.324 Deflandre, à Petite-Synthe (Nord).
3.325 Le Clec'h à Coray (Finistère).
3.326 Meslier, à Paris, 55, rue Claude-Bernard.
3.327 Bernheim, à Paris, 71, rue de Provence.
3.328 Périer, Les Espesses (Vendée).
3.329 Blanchet, à Courçon-d'Aunis (Charente-Inférieure).
3.330 Gardette, à Brétigny-sur-Orge (Seine-et-Oise).
3.331 Verdié, à Arpajon (Seine-et-Oise).
3.332 Talent, à Fayence (Var).
3.333 Perrier, à Saint-Remy-sur-Durolle (Puy-de-Dôme).
3.334 Joubert, à Thiers (Puy-de-Dôme).
3.335 Garmy, à Thiers (Puy-de-Dôme).
3.336 Weil fils, à Chaumont (Haute-Marne).
3.337 Pénard, à Moulins (Allier).
3.338 Drompt, à Cluses (Haute-Savoie).
3.339 Bridoux, à Mézières (Ardennes).
3.340 Dorche, à Gap (Hautes-Alpes).
3.341 Lautier, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
3.342 Barde, à Vayres (Gironde).
3.343 Delteil, à Beauville (Lot-et-Garonne).
3.344 Combes, à Belvèze (Aude).
3.345 Stoltz, à Montpellier.
3.346 François, Le Fayl-Billot (Haute-Marne).
3.347 Cocard, à Segré (Maine-et-Loire).
3.348 Boutin, à Auxi-le-Château (Pas-de-Calais).

— Le Dr A. ayant soigné des indigents qui n'avaient pas été admis régulièrement sur la liste de l'assistance médicale gratuite, mais auxquels le maire avait délivré des médicaments, demande s'il aurait le droit d'exiger le paiement de ses honoraires.

Me Auger, dans la consultation qu'il a donnée sur cette affaire, partant du principe que la loi n'a pas prévu une assistance partielle, conclut que tout indigent doit être admis complètement au bénéfice de l'assistance et qu'une action en paiement peut être engagée devant le conseil de préfecture.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr A. à cet effet.

— Le Conseil ordonnance le paiement de 107 fr. 75, frais de l'huissier du Dr D., en justice de paix, dans l'affaire actuellement pendante en appel et pour laquelle l'appui pécuniaire a été accordé devant les deux juridictions.

— Le Dr L. demande le remboursement de 139 fr. 40, frais de son avoué dans une affaire de responsabilité civile qu'il a gagnée contre un client insolvable (Accordé) (1).

— Le Dr P. annonce qu'il a gagné en appel le procès en responsabilité déjà gagné antérieurement en première instance avec l'appui pécuniaire du « Sou » (2).

— Le Dr Q. demande le remboursement de 25 fr. pour honoraires d'avocat et 5 fr. pour frais de copie de jugement qu'il a payés dans une affaire d'accident du travail gagnée en justice de paix (Accordé).

— Le Dr D. demande le remboursement de 5 fr. 60, payés par lui pour frais de copie de jugement (Accordé).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— « Le Dr BABINSKI, médecin de l'*Hôpital de la Pitié*, reprendra ses *conférences cliniques* sur les *maladies du système nerveux*, samedi 9 mai 1914, à 10 heures 1/2 du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure ».

(1) Lorsque l'envoi de cette somme lui a été fait, le Dr L. a retourné à titre de don une somme de 20 fr. au « Sou Médical », qui l'en remercie.

(2) Voir le jugement de première instance, *Concours Médical*, 1913, page 2447. L'arrêt d'appel sera publié prochainement.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Science et pratique.

Lorsque la nécessité de réorganiser l'enseignement de la médecine en France paraissait intéresser les praticiens et l'opinion, nous avons, avec d'autres, tâché d'établir la distinction qui devrait exister entre le médecin praticien et le médecin savant, entre la médecine scientifique et la profession médicale.

Certes, un fossé infranchissable ne doit pas être creusé entre les deux ; mais, la seconde, qui est l'art d'appliquer pratiquement les découvertes de la première, ne permet que très exceptionnellement à ceux qui l'exercent de poursuivre les expériences de laboratoire et les longues observations cliniques qui sont les conditions indispensables des études de la médecine scientifique proprement dite.

On nous a accusé de vouloir par cette séparation abaisser le niveau intellectuel du praticien, et réduire son rôle à celui de simple manœuvre, de nuire de ce chef aux progrès même de l'art de guérir.

Quels sophismes ! Est-ce que l'application des découvertes scientifiques est chose si vulgaire et si méprisable en soi ? Est-ce que les ingénieuses inventions d'un Edison ne méritent pas l'admiration tout autant que les découvertes scientifiques des physiciens Ampère et Graham Bell ? Est-ce que les ingénieurs qui domestiquent en quelque sorte les résultats des travaux des savants, mathématiciens, physiciens, chimistes et autres, qui mettent ces résultats au service de l'humanité, ne sont pas des gens utiles au premier chef et dignes de la reconnaissance des hommes ?

Il est rare que celui qui se livre à l'application des données d'une science soit apte à la faire lui-même progresser, il n'en a souvent ni les moyens, ni le loisir. Et cette constatation est surtout vraie dans le domaine des sciences biologiques en général et de la médecine en particulier. Pour s'en convaincre il suffit de lire l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* où Claude Bernard montre que si le premier champ d'observation du médecin est l'hôpital, « c'est dans le laboratoire que se trouve la pépinière réelle du vrai savant expérimentateur, de

celui qui crée la science que d'autres pourront ensuite vulgariser ».

Il n'est pas douteux qu'à notre époque le vrai médecin praticien ne peut s'adonner aux recherches de laboratoire.

Il a assez à faire de se tenir au courant des découvertes et de les appliquer le mieux possible dans les milieux où il exerce.

Si l'on voulait donc arriver à obtenir de réels progrès en médecine, il serait indispensable, à côté de nos Facultés de médecine, qui devraient être surtout des écoles pratiques, de créer des laboratoires de recherches biologiques bien outillés et suffisamment dotés, laboratoires où des savants, absolument libérés des soucis de la profession, poursuivraient méthodiquement des études purement scientifiques.

Cela ne voudrait pas dire, nous le répétons, qu'un infranchissable fossé serait creusé entre le médecin savant et le médecin praticien. Claude Bernard, auquel, en somme, nous empruntons ces idées, écrivait en exposant les convictions qu'il s'efforçait à faire pénétrer dans l'esprit des jeunes médecins qui suivaient ses cours : « Je dis à ceux que leur voie portera vers la théorie ou vers la science pure de ne jamais perdre de vue le problème de la médecine, qui est de conserver la santé et de guérir les maladies. Je dis à ceux que leur carrière dirigera au contraire vers la pratique, de ne jamais oublier que si la théorie est destinée à éclairer la pratique, la pratique à son tour doit tourner au profit de la science. Le médecin bien imbu de ces idées ne cessera jamais de s'intéresser aux progrès de la science, en même temps qu'il remplira ses devoirs de praticien. Il notera avec exactitude et discernement les cas intéressants qui se présenteront à lui en comprenant tout le profit que la science peut en tirer.

La médecine scientifique expérimentale deviendra ainsi l'œuvre de tous ; chacun, ne fût-il qu'un simple médecin de campagne, y apportera son concours utile. »

Le prof. Charles Richet dans un récent article de la *Revue hebdomadaire* (2 mai 1914) sur *la Physiologie, Autrefois et Aujourd'hui*, apporte indirectement à cette thèse l'appui de son indiscutable autorité :

Après avoir établi que le véritable fondateur de la physiologie fut Lavoisier qui, en 1778, un siècle avant la mort de Claude Bernard, démontra que la force vitale relève de la mécanique chimique et que les réactions vitales sont des réactions chimiques, M. Ch. Richet constate que, depuis 1878, c'est-à-dire depuis Claude Bernard, la physiologie a certes progressé, mais n'a été bouleversée par aucune grande révolution.

La seule conquête importante à signaler est la découverte du rôle des glandes à sécrétions internes, soupçonné par Brown-Séquard dès 1855.

Les découvertes de Pasteur, sans bouleverser la physiologie, ont totalement transformé la médecine. Cette révolution a été assez longue à se produire, si l'on songe que c'est en 1857 que Pasteur démontra le rôle des organismes figurés dans la fermentation appelée lactique.

Mais le résultat des découvertes de Pasteur fut de lancer les jeunes savants dans le domaine de la pathologie expérimentale, tentés qu'ils étaient tous de trouver immédiatement une application prophylactique ou thérapeutique. Le nombre des chercheurs fut grand et la science biologique donna lieu à quelques découvertes telles que celles de la phagocytose, de l'immunité, de la sérothérapie et de l'opothérapie qui, tout en étant des progrès physiologiques de premier ordre, donnèrent lieu à des applications immédiates à l'art médical. Toutefois, M. Ch. Richet croit devoir prémunir les jeunes chercheurs contre un danger qu'il juge redoutable.

« *Il ne faut jamais, dit-il, quand on fait une investigation scientifique se soucier des applications pratiques immédiates que va comporter cette recherche.* Si par malheur on travaille pour obtenir un résultat pratique, c'est-à-dire une application probablement hâtive à la thérapeutique, à l'hygiène ou à l'étiologie, on aura beau peiner et chercher, et peiner et chercher encore, on ne trouvera rien de bon. Dans une recherche scientifique, il ne faut se préoccuper que des faits en soi, et de la méthode la plus simple qui permettra rapidement et sûrement d'arriver à découvrir et à comprendre. Autrement on se perd dans toute une série de petits problèmes minuscules, insolubles d'ailleurs, et rarement intéressants. *C'est par la science pure et par la science pure seule, qu'on arrive à des résultats pratiques.* Le meilleur moyen d'être utile aux hommes, c'est de chercher la vérité sans avoir la préoccupation d'être utile aux hommes. Et toute investigation, pour aboutir, doit laisser résolument de côté les conclusions qu'elle entraîne pour la pratique. Plus tard assurément, une fois que le fait aura été dûment établi, il sera permis d'en déduire des conséquences, on les obtiendra d'autant plus vite que, pendant la recherche même, on en aura pris moins de souci. »

Il n'est pas douteux que l'avenir de la médecine repose dans la science médicale, dans la connaissance approfondie, selon l'expression de M. Ch. Richet, connaissance poursuivie surtout par l'expérimentation des agents qui produisent les maladies.

Mais si l'on ne peut en médecine expérimentale séparer la clinique de la physiologie, il importe que ceux qui se livrent à ces recherches ne considèrent pas la pathologie expérimentale comme le premier échelon de la profession médicale. M. Ch. Richet, non sans raison, se plaint de l'absence de jeunes gens se livrant à des recherches purement scientifiques, les seules qui peuvent faire espérer des découvertes importantes et sérieuses.

La pénurie de gens se consacrant uniquement à la science provient de ce qu'on ne leur assure pas les moyens de vivre et de faire vivre une famille. Les Etats modernes en général, la France et l'Allemagne en particulier, dans une crise d'étrange folie, consacrent le plus clair de leurs ressources à préparer la guerre. Sur les quelques millions réservés à l'Instruction publique, rien n'est consacré à la science qui, comme dans les temps passés, reste méconnue et ceux qui se consacrent à elle sont destinés à mourir de faim.

C'est pourquoi, nous appuyant sur l'autorité de M. Ch. Richet, nous pensons qu'il serait nécessaire de consacrer un budget spécial aux recherches de biologie et de médecine expérimentale dans des établissements scientifiques analogues à ceux dont l'Institut Pasteur et l'hôpital Pasteur de Paris nous paraissent être les prototypes. Ces établissements vivraient de leur vie propre dans les grands centres de France et pourraient être annexés à Paris, au Collège de France ou au Muséum d'histoire naturelle. On pourrait, d'autre part, consacrer plus étroitement nos Facultés et nos Ecoles de médecine à l'éducation technique. Ces Ecoles et les hôpitaux qui en seraient le siège seraient uniquement destinés à l'apprentissage des jeunes médecins praticiens. Ces derniers ne sauraient avoir pour objectif de grandes découvertes qu'ils ne pourraient faire que bien rarement avec des moyens de recherches par trop insuffisants, mais ils auraient le désir d'apprendre à appliquer habilement et judicieusement par l'art médical les résultats des progrès de la science biologique, puis d'arriver à améliorer, au cours de leur pratique, une fois l'expérience suffisante acquise, les procédés techniques nécessaires à l'application de ces sciences.

C'est dans les rangs de ces techniciens instruits et pourvus de sens pratique que les malades trouveraient de bons guérisseurs et que les pouvoirs publics découvriraient les conseillers sanitaires éclairés et les hommes capables de diriger la prophylaxie et l'hygiène.

Tandis que les savants, à l'abri du tumulte et des préoccupations de la vie courante, chercheraient dans leurs instituts et leurs laboratoires à déchiffrer les énigmes de la nature, les praticiens, instruits des découvertes des premiers, mais intimement mêlés aux mouvements de la vie sociale, s'efforceraient d'adapter les progrès de la science aux différents milieux sociaux pour le plus grand bien de la collectivité toute entière.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon : Service de M. le Prof. Jaboulay.

Leçon de M. le Prof. agrégé Patel.

Goitre (1).

Je vous présente deux malades ayant une tuméfaction à la région cervicale du côté droit ; leur histoire offre quelques points de détail intéressants

L'une de nos malades est âgée de vingt ans, elle entre à l'hôpital parce que depuis deux ans elle porte une tuméfaction cervicale. On ne note rien dans ses antécédents héréditaires, aucun de ses parents n'a eu d'affection semblable ; elle fut réglée à quatorze ans et irrégulièrement : c'est alors qu'elle vit apparaître cette grosseur dans la région cervicale que le traitement ioduré fit disparaître. Mais il y a deux ans, la tumeur disparut et l'iodure fut sans succès.

L'autre malade a vingt-cinq ans et entre à l'hôpital pour une tuméfaction cervicale sem-

(1) Leçon recueillie par M. Naz, interne du service.

blable, qui évolue depuis quatre ans. On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle a eu de l'anémie à seize ans; à dix-huit ans elle a fait une fausse couche et c'est depuis l'âge de vingt et un ans que sa tuméfaction augmente.

La première malade est originaire de la Savoie; en général les goîtres nous viennent de la Savoie ; la Haute-Savoie, la Haute-Loire, bien que les porteurs de goître se rencontrent un peu partout. Remarquons chez nos deux malades le rapport qui existe entre leurs affections, la menstruation et la fausse couche.

Signes fonctionnels. — Examinons-les successivement. Leur état général est bon. Chez la première tous les appareils fonctionnent normalement ; elle n'a pas de température, et pas d'amaigrisement. La deuxième se porte bien ; elle se plaint cependant d'un peu d'oppression et nous lui avons trouvé un léger rétrécissement mitral.

Signes physiques. — Les signes physiques sont les mêmes chez nos deux malades. La tuméfaction occupe la partie inférieure du cou, sur le côté droit, dépasse un peu la ligne médiane et empiète à gauche; elle est du volume d'un gros pois ; la peau est normale, les veines ne sont pas dilatées et à la palpation, on ne note ni frémissements ni battements vasculaires. Si on fait avaler quelque chose à la malade, la tumeur suit les mouvements du larynx : cet examen est important pour le diagnostic. Tumeur mollasse, dépressible, elle se laisse facilement déplacer à droite ou à gauche. La fluctuation est très nette chez l'une; chez l'autre, on perçoit de la fausse fluctuation ; pour la rechercher, il faut immobiliser le corps thyroïde avec le pouce et palper avec les deux doigts opposés de manière à provoquer le choc en retour.

Chez la deuxième malade, la région cervicale ne présente aucune autre anomalie ; on ne trouve pas de ganglions ; les yeux ne présentent pas d'exophtalmie, les pupilles sont normales ; cependant, depuis un mois ou deux, elle a plus de peine à respirer, surtout à la suite d'un effort et elle souffre d'accès de suffocation la nuit. La voix a un peu changé, le récurrent droit étant sans doute un peu comprimé.

Diagnostic. — Vous avez certainement fait le diagnostic du siège de la tumeur ; elle est d'origine thyroïdienne puisqu'elle suit les mouvements d'ascension et de descente du larynx. Ce signe est évident dans les tumeurs bénignes, mais dans les tumeurs malignes avec adhérences aux organes voisins, il peut faire défaut.

Cette tumeur ne peut être que thyroïdienne ; on ne peut penser, en effet, ni à une tumeur de la peau ni à une adénite cervicale profonde adhérente à la capsule thyroïdienne, car les ganglions seraient alors nombreux des deux côtés et ne suivraient pas les mouvements du larynx.

Peut-on songer à une tumeur congénitale, à un kyste ? Les lymphangiomes du cou apparaissent parfois chez l'adulte ; ils sont plus diffus, ils envahissent les creux axillaires et sous-claviculaires et ne donnent pas la sensation de poche. Les tumeurs de nos malades se sont développées depuis deux ou trois ans ; elles n'ont pas ces caractères.

Ce n'est pas un abcès par congestion de mal de Pott cervical.

Quelle est la nature de cette tuméfaction et quelles sont les productions thyroïdiennes, qui peuvent faire errer le diagnostic ?

Eliminons le cancer ; si les tumeurs malignes se voient chez les jeunes femmes, elles ont une marche rapide, elles sont dures, ligneuses, rarement kystiques et fluctuantes et les douleurs par compression nerveuse sont très pénibles sur le trajet des nerfs occipitaux. Il existe pourtant des cas mixtes assez difficiles à diagnostiquer.

Il ne s'agit pas de productions chroniques inflammatoires, de thyroïdite par exemple, la malade n'ayant ni fièvre typhoïde, ni grippe.

Il faut songer à la tumeur bénigne thyroïdienne, le goître. La première malade a une tumeur très bénigne, à contenu kystique, — adénome kystique à point de départ glandulaire. La fluctuation ne provient pas d'un autre liquide, du sang par exemple, les hématocèles thyroïdiennes se produisant très rapidement et étant d'ailleurs rares.

On ne songera pas non plus à une variété rare de kyste thyroïdien, le kyste hydatique, qui est exceptionnelle. M. le Professeur Jaboulay n'en a opéré que deux ou trois cas.

Chez l'autre malade, la tumeur n'est pas fluctuante ; son contenu est gélatineux, intermédiaire entre le liquide et le colloïde : c'est un adénome demi-solide et demi-liquide.

Ces deux tumeurs sont limitées au corps thyroïde, enclavées dans le lobe droit ; elles ont un peu dépassé les limites du corps thyroïde et l'une de nos malades accuse un peu de gêne respiratoire; son goître tend à devenir intrathoracique; il comprime la trachée et le récurrent droit ; chez l'autre, la tumeur est restée dans le lobe droit du corps thyroïde.

Il ne s'agit pas de tumeurs thyroïdiennes intéressant le système sympathique, de maladie de Basedow : il n'existe pas d'exophtalmie vraie ; l'une de nos malades a un rétrécissement mitral, sans aucun rapport avec son goître.

Evolution. — Actuellement, ces goîtres n'occasionnent pas d'accidents sérieux, dans la suite ils pourraient amener des complications.

1° A la suite d'un effort, l'augmentation brusque du kyste peut aggraver les signes de compres-

sion par production d'hématocèle thyroïdienne.

2° Au cours de maladies infectieuses, l'infection peut se localiser dans la poche et déterminer une suppuration. Dans ces cas, on n'a plus affaire à une thyroïdite suppurée, mais à une strummite suppurée avec phénomènes généraux et fonctionnels très marqués qui demandent une intervention rapide.

3° La grande complication est la dégénérescence de ces tumeurs bénignes ; le cancer n'atteint jamais une thyroïde saine, il se greffe toujours sur un ancien goître. Vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, les douleurs s'accentuent, traduisant les signes de compression ; c'est le début de la dégénérescence.

Nos malades ont un corps thyroïde avec un lobe gauche intact, et dont le lobe droit renferme une poche qui contient, dans le premier cas, du liquide, dans le deuxième cas, une substance colloïde ; autour de cette poche s'étale la substance thyroïdienne saine qui est refoulée à la périphérie.

Traitement médical. — Pendant longtemps, on institua contre le goître le traitement médical ; nos malades ont essayé l'iodure et leur goître a d'abord disparu parce que, à ce moment, la tumeur était charnue. Le traitement médical consiste à prescrire de l'iodure de potassium, de l'iodothyrine, à faire des frictions iodées ; il donne certainement des succès, mais il ne doit être appliqué que lorsque les goîtres sont charnus ; il échoue complètement s'il existe une poche liquide ou colloïde. S'il s'agit d'une simple hypertrophie thyroïdienne de la puberté, elle peut fondre avec le traitement médical.

Traitement chirurgical. — Le traitement chirurgical est celui que nous employons. Il a été diversement compris par les chirurgiens suisses et lyonnais. On peut recourir à deux interventions :

1° La thyroïdectomie partielle unilatérale ;

2° L'énucléation intraglandulaire. Nous ne parlerons pas de la ponction avec injections modificatrices, qui a produit quelquefois des suppurations mortelles.

1° Dans la thyroïdectomie unilatérale, on ligature les artères thyroïdiennes supérieure et inférieure et on enlève un lobe du corps thyroïde en laissant l'isthme et l'autre lobe. Physiologiquement, c'est une opération possible, mais est-elle rationnelle dans nos deux cas? Non, car le kyste thyroïdien est un corps étranger placé dans la glande et théoriquement, il suffit de l'enlever en ménageant la substance thyroïdienne pour obtenir une guérison complète. En pratique, on enlève toujours une partie de la substance saine développée autour du kyste ; il est d'ailleurs difficile de la différencier d'avec les parois de la poche.

2° Le traitement de choix est l'énucléation intraglandulaire préconisée par Socin, vulgarisée par Reverdin et introduite à Lyon par MM. les professeurs Poncet et Jaboulay. Elle nécessite la connaissance complète de l'anatomie pathologique de la glande. La thyroïde est composée d'une capsule et d'un parenchyme ; dans cette capsule se divisent les artères thyroïdiennes périphériques. La tumeur est placée dans le lobe comme un noyau dans une cerise, et pour arriver sur ce noyau, il faut inciser capsule et tissu thyroïdien.

Faut-il anesthésier ces malades ? Les auteurs sont d'avis différents ; on ne recourt pas volontiers à l'anesthésie générale parce que la trachée et le récurrent sont comprimés ; parce que, aussi, les goîtres anciens s'accompagnent de congestion pulmonaire, et que l'éther est dangereux. En Suisse, les chirurgiens en donnent peu, ou bien ils procèdent avec une anesthésie locale ; d'ailleurs pour Brown-Séquard, il y aurait une zone d'anesthésie sur la ligne médiane du cou.

Je crois que nous pouvons anesthésier généralement la première malade ; chez la deuxième, qui a un goître plus dur avec quelques troubles de compression, nous emploierons localement de la novococaïne.

En général, on fait une incision verticale médiane ; elle est avantageuse pour aborder les deux lobes de la glande, mais elle est disgracieuse et laisse une cicatrice en ficelle ; depuis quelque temps, on pratique des incisions circulaires à la base du cou, partant de la fourchette sternale et remontant un peu sur le sterno-cléido-mastoïdien. On a reproché à cette incision d'ouvrir les veines jugulaires antérieures ; ce reproche est négligeable puisque leur ligature est aisée.

Il faut luxer le lobe thyroïdien sans être trop brutal ; on y arrive facilement avec le doigt. La capsule est pleine de vaisseaux ; on l'incise franchement, malgré l'hémorragie et on pratique l'hémostase à mesure. On incise doucement la substance thyroïdienne comme un sac herniaire ; on arrive sur la paroi blanc grisâtre de la poche qui tranche sur la coloration rosée de la glande. On ne vide pas la poche, on cherche un plan de clivage pour la séparer du tissu voisin et on glisse le doigt ou un tampon entre elle et la substance thyroïdienne. Après énucléation et hémostase soigneuse, il faut refermer le lobe, qui est comparable à une cerise ouverte sans noyau. L'hémostase définitive est difficile ; autrefois on laissait les pinces à demeure pendant longtemps, aujourd'hui on pratique la suture hémostatique préconisée par MM. Poncet et Jaboulay : lorsque la poche est enlevée, on ramasse toutes les pinces et on suture au catgut tout le pédicule.

On suture les muscles et la peau en laissant un drain à la partie déclive : le corps thyroïde a une sécrétion exagérée lorsqu'il a été traumatisé

et la lymphe thyroïdienne coule abondamment.

Ce soir, nos malades auront un peu de température, 38°2, 38°5 ; cette fièvre thyroïdienne est peu méchante, elle baisse au bout de deux ou trois jours ; elles souffriront aussi de dysphagie par arrachement des nerfs œsophagiens, au cinquième jour tous ces signes disparaissent et on retire le drain ; au dixième jour on enlève les fils.

Nous aurons fait ainsi une opération esthétique et utile, évitant à ces femmes la possibilité d'une dégénérescence thyroïdienne.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sérothérapie de la poliomyélite antérieure. — Méningite saturnine avec Wassermann positif. — Bacillurie sans tuberculose des voies urinaires. — Réinfection syphilitique. — Epithélioma de la langue chez une femme non syphilitique. — Traitement de l'hypertension artérielle par l'irradiation des surrénales. — Le réflexe oculo-cardiaque dans l'épilepsie et le tabès. — Abcès du poumon d'origine puerpérale. — Un cas de césarienne post mortem. — Influence de la position assise post-opératoire combinée aux lavages du péritoine à l'éther sur les vomissements post-anesthésiques (Ethertropfnarcose). — Résultats obtenus en gynécologie avec le vaccin antigonococcique atoxique de Ch. Nicolle et L. Blaizot. — Une opération de Durhssen à la campagne. — Rétention prolongée jusqu'au 9e mois d'un fœtus mort au 4e mois de la grossesse.

M. Netter fait à l'*Académie de médecine* une communication sur le *traitement de la poliomyélite par les injections intra-rachidiennes de sérum de sujets antérieurement atteints de paralysie infantile.*

L'injection intra-rachidienne de sérum de sujets antérieurement atteints de paralysie infantile (sérum dans lequel les principes neutralisants persistent) a pour objet de mettre au contact des agents virulents qui foisonnent dans les centres nerveux un liquide chargé d'anticorps susceptibles de neutraliser leur action.

M. Netter propose d'employer cette méthode dans le traitement de la paralysie infantile, en intervenant le plus près possible du début. Il ne paraît pas que la quantité de sérum à injecter doive être considérable. L'auteur a obtenu plusieurs fois avec ce traitement de très bons résultats.

M. Debove demande si l'injection de sérum d'anciens malades ne laisse pas de craintes quant à une contagion syphilitique possible.

M. Netter et M. Roux observent qu'il est facile d'éviter tout risque de transmission de la syphilis en conservant le sérum un certain temps, ou mieux en le chauffant à 56 degrés centigrades, ce qui tuerait les tréponèmes à coup sûr sans faire disparaître les propriétés curatives du sérum.

— MM. Œttinger, P.-L. Marie et Baron rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *méningite saturnine avec réaction de Wassermann positive.*

Chez ce malade, à la suite d'une imprégnation massive par le plomb, apparurent toute une série de symptômes nerveux : asthénie intense, douleurs, abolition des réflexes, etc. Fait inattendu : la réaction de Wassermann était franchement positive dans le liquide céphalo-rachidien aussi bien que dans le sang. M. Œttinger se demandait si la syphilis n'était pas en cause, lorque les symptômes s'atténuèrent et le Wassermann redevint négatif. La fugacité du Wassermann semble éloigner l'idée de syphilis.

Une réaction de Wassermann positive a déjà été signalée au cours du saturnisme par plusieurs auteurs.

M. Sicard n'a jamais noté de réaction de Wassermann positive chez des sujets atteints d'intoxication saturnine sans antécédents de syphilis. Pour lui, les cas de paralysie générale dite saturnine sont des cas de paralysie générale syphilitique évoluant chez des saturnins.

— MM. Rist et Kindberg rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *bacillurie sans tuberculose des voies urinaires.*

Il s'agit d'une femme atteinte de troubles cardiaques. Deux inoculations d'urines, faites à six mois d'intervalle, tuberculisèrent le cobaye. La malade ayant succombé, on ne trouva, à l'autopsie, aucune lésion tuberculeuse viscérale, sauf un foyer pulmonaire presque éteint.

Cette observation montre que la bacillurie ne permet pas de conclure à une altération bacillaire du rein, pas plus qu'à une septicémie à bacille de Koch ou à une typho-bacillose.

M. Léon Bernard remarque que la bacillurie tuberculeuse est tout à fait exceptionnelle dans la tuberculose pulmonaire chronique. Sa constatation, d'autre part, ne suffit pas pour poser un diagnostic de tuberculose du rein. Il faut l'association de la pyurie (décelable parfois seulement au microscope) et de la bacillurie.

— MM. Queyrat, Demanche et Marcel Pinard montrent à la *Société médicale des hôpitaux* un malade qui est un nouvel exemple de *réinfection syphilitique.*

Cet homme fut soigné en 1911 à l'hôpital Cochin-Ricord, pour un chancre et des accidents secondaires syphilitiques, par quelques doses de mercure et 3 injections de 606. Le Wassermann, recherché plusieurs fois dans la suite, fut toujours trouvé négatif. Le malade revient aujourd'hui à l'hôpital, porteur d'un chancre absolument typique du fourreau, qui n'a pas les caractères d'une syphilide chancriforme ni d'un chancre redux. Il ne peut être étiqueté, dit M. Queyrat, autrement que chancre : il indique une réinfection syphilitique et par cela même une guérison de la première syphilis.

M. Ravaut estime également qu'il s'agit bien là d'un chancre syphilitique. Toutefois, il faut toujours distinguer le chancre de réinfection de la syphilide chancriforme. Chez les sujets traités par le salvarsan, peuvent apparaître, plusieurs mois après la fin du traitement, des accidents chancriformes, riches en spirochètes, avec ganglions et roséole. Il en fut ainsi chez une malade de M. Ravaut et l'auteur put conclure que la syphilis ancienne était toujours en cause, car il existait une syphilide pigmentaire et une richesse en éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien qui ne se voit pas à la période du chancre.

— MM. Queyrat et Demanche relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*épithélioma de la langue chez une femme non syphilitique*.

La malade, âgée de 33 ans, n'a jamais fumé, n'a jamais consommé d'alcool, n'a pas eu de leucoplasie et n'a pas eu la syphilis (Wassermann négatif). On ne trouve chez elle aucune cause provocatrice en dehors d'un traumatisme dentaire. Elle est atteinte d'épithélioma (confirmé par la biopsie), du bord de langue.

— MM. Sergent et Cottenot font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur le *traitement de l'hypertension artérielle par l'irradiation des glandes surrénales*.

On sait que les rayons X exercent une action modératrice sur toutes les sécrétions glandulaires. S'il est vrai que les surrénales jouent, dans la régulation de la pression artérielle, un rôle de premier ordre ; s'il est exact de rattacher, avec M. Vaquez, à un hyperfonctionnement surrénal des hypertensions pures que n'explique ni l'état des reins, ni celui du système vasculaire, il est logique de penser que les rayons X, en diminuant la sécrétion surrénale, pourront exercer sur ces hypertensions une influence favorable.

M. Sergent a institué avec M. Zimmern ce nouveau mode de traitement de l'hypertension et il a publié en 1912 un travail sur ce sujet. Il présente aujourd'hui douze observations nouvelles où les résultats ont été très satisfaisants.

L'irradiation des glandes surrénales constituerait ainsi une arme puissante contre l'hypertension. Elle est d'autant plus active qu'est plus faible dans la pathogénie d'une hypertension le rôle des facteurs constituant des entraves à la circulation, tels que les lésions rénales et vasculaires. C'est dans l'hypertension pure par hyperépinéphrie que l'irradiation donne son maximum d'effet. Il est essentiel, toutefois, lorsque la tension a été ramenée à la normale, de l'y maintenir par une hygiène appropriée.

— MM. Lesieur, Vernet et Petzetakis présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *réflexe oculo-cardiaque dans l'épilepsie et le tabès*.

Le réflexe oculo-cardiaque consiste essentiellement en un ralentissement du cœur par la compression des globes oculaires. On le provoque en appuyant la pulpe du doigt sur le globe oculaire, de façon à le refouler en masse dans le fond de la cavité orbitaire. Chez un sujet normal, le ralentissement est de 8 pulsations environ.

Les voies du réflexe seraient le trijumeau, son noyau bulbaire et le pneumogastrique.

MM. Lesieur, Vernet et Petzetakis ont trouvé constamment le réflexe oculo-cardiaque très exagéré dans l'épilepsie. Sur 33 malades, 9 ont été présenté des ralentissements de 30 à 50 pulsations par minute, 20 des ralentissements supérieurs à 16 pulsations, et 4 des ralentissements allant de 12 à 16 pulsations. Chez un épileptique même, la compression modérée du globe oculaire produisait un arrêt total du cœur, que les auteurs ont pu prolonger jusqu'à quatorze secondes.

L'administration du bromure chez les épileptiques atténue cette exagération du réflexe oculo-cardiaque et peut-être trouverait-on là un élément permettant de fixer la dose de bromure qui convient à un malade

Dans le tabès, MM. Lesieur et Petzetakis ont trouvé le réflexe oculo-cardiaque presque toujours aboli. Parfois, le signe d'Argyll Robertson peut ne pas exister, alors qu'il y a abolition du réflexe oculo-cardiaque.

MM. Loeper, Mougeot et Varham ont constaté une abolition fréquente du réflexe oculo-cardiaque chez les syphilitiques. Sur 40 syphilitiques examinés, 30 présentaient une abolition du réflexe. M. Loeper pense que cette abolition du réflexe oculo-cardiaque témoigne de l'affinité de la syphilis pour le système nerveux mésocéphalique et constitue une des premières manifestations de la syphilis nerveuse. La fréquence de l'abolition dudit réflexe dans la syphilis s'oppose à sa rareté dans d'autres maladies infectieuses ; elle n'a été constatée par l'auteur que dans un cas sur douze cas de tuberculose pulmonaire, dans deux cas sur neuf cas de fièvre typhoïde.

— MM. Caussade et Levi-Franckel rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation d'*abcès du poumon d'origine puerpérale*.

Il s'agit d'une jeune femme qui fut atteinte, consécutivement à une infection utérine puerpérale, d'un abcès du poumon à streptocoque. Après une évolution très longue, opérée par M. Potherat, elle guérit.

Au point de vue du diagnostic des abcès du poumon, M. Caussade montre que la radiographie et la radioscopie ne fournissent que des éléments insuffisants. Les anciens signes de percussion et d'auscultation donnent plus d'indications. Mais, c'est par les ponctions pulmonaires, que l'on ne saurait trop répéter et pratiquer profondément sans dommage pour le malade, que l'on précisera le diagnostic. Si la ponction d'un kyste hydatique du poumon offre des dangers, il n'en va plus de même au cas d'abcès du poumon.

P. L.

Communications faites à la Réunion Obstétricale et gynécologique de Montpellier.

— M. Deveze. — *Un cas de césarienne post mortem. Enfant vivant.* — Observation d'une primigeste de 23 ans, dont la grossesse, à 6 mois, se compli que de crises d'œdème aigu de la glotte et du poumon. Une trachéotomie amena une légère sédation, et l'auteur allait profiter de cette accalmie pour provoquer l'accouchement, lorsque, brusquement, une nouvelle crise survint qui enleva la gestante. Immédiatement la femme fut césarisée et l'on eut le bonheur d'extraire un enfant qui, après une demi-heure de manœuvres,se mit à respirer normalement.

Des conclusions de l'auteur il résulte qu'il faut :

1° Agir vite, l'enfant n'a pas plus de 20 minutes de survie après la mort de la mère ;

2° Etre aseptique, malgré les apparences d'une agonie définitive ;

3° Continuer longtemps les manœuvres pour ranimer l'enfant.

Discussion : M. Vallois rappelle que la durée de la survie du fœtus est très variable et dépend des circonstances qui ont précédé et accompagné le décès de la mère. Il pense, cependant, qu'aussitôt la mort de la femme, c'est un devoir absolu pour le médecin que d'extraire sans retard l'enfant par la voie haute ou la voie basse, selon le cas.

M. Tedenat cite à ce sujet les expériences de Buffon relatives à la résistance des chiens nouveau-nés, à l'asphyxie par submersion.

M. Puech, en pareil cas, donne la préférence à l'opération césarienne sur l'accouchement forcé, il indique enfin l'opposition à l'acte opératoire de la part de la famille, mue par des sentiments très divers.

M. Paul Delmas envisage par le détail le côté juridique de semblables oppositions et, après avoir cité quelques exemples,il voit dans l'empêchement qu'ont dicté la stupidité ou une cupidité criminelle une forme particulière de l'infanticide, peut-être justiciable de poursuites de la part du ministère public.

— M. de Rouville. — *Influence de la position assise post-opératoire combinée aux lavages du péritoine à l'éther, sur les vomissements post-anesthésiques.* (Ethertropfnarcose). Depuis que l'auteur associe ces deux méthodes,il a vu les vomissements post-anesthésiques se supprimer presque complètement. Aussi fait-il, dans toutes ses laparotomies, et non plus seulement aux cas de lésions septiques, le lavage du péritoine à l'éther.

Discussion : M. Tedenat, se fondant sur plus de 2.000 cas d'anesthésie à l'éther goutte à goutte, pense que les vomissements sont notablement diminués par l'attitude assise post-opératoire.

— MM. Eugène Gaujoux et Suquet. — *Résultats obtenus en gynécologie avec le vaccin antigonococcique atoxique de Ch. Nicolle et L. Blaizot.* — Ce vaccin aurait donné aux auteurs d'excellents résultats dans un cas de périmétrite volumineuse et douloureuse, non améliorée par le traitement médical et dans un cas d'annexite. Par contre, pas de résultats sensibles dans six cas de métrite gonococcique. Ces faits cliniques appuyés par des examens de laboratoire tendraient à prouver que ce vaccin peut agir rapidement sur des foyers d'inflammation gonococcique, mais non pas sur les lésions des muqueuses.

Discussion : M. Paul Delmas insiste sur le caractère provisoire et souvent paradoxal des résultats aujourd'hui obtenus. Il pense que l'action élective de la vaccinothérapie de Wright serait peut-être plus évidente en usant, non d'un stock vaccin, mais d'un auto-vaccin rigoureusement propre au malade que l'on veut traiter et provenant du microbe même qui a déterminé la maladie

— M. Paul Delmas. — *Une opération de Durrhssen à la campagne.*

Appelé auprès d'une éclamptique dont la situation s'aggrave d'heure en heure, l'auteur se proposait d'évacuer l'utérus par des procédés d'ordre obstétrical quand la souffrance manifeste du fœtus lui fait un devoir de terminer promptement. Faute d'instrumentation suffisante pour passer par la voie haute, il se décide à une opération césarienne vaginale qu'il mène à bonne fin avec un bagage instrumental des plus réduits, ballon de Champetier et ciseaux droits. Les résultats immédiats et éloignés sont satisfaisants.

De ce fait il conclut, contrairement à l'opinion générale, que cette intervention peut être improvisée partout et qu'on est en droit d'en retirer de sérieux avantages.

Discussion : M. Puech a vu le plus souvent la terminaison artificielle ou non de l'accouchement avoir la plus heureuse influence sur la marche des accès convulsifs.

— M. Eugène Gaujoux. — *Rétention prolongée jusqu'au 9e mois d'un fœtus mort au 4e mois de la grossesse.* Observation d'une IVpare dont la grossesse est arrêtée au 4e mois, sans cause déterminée ; la régression interne commence alors et la femme expulse, au début du 9e mois, un fœtus momifié d'environ 3 à 4 mois. Les débris placentaires ramenés par un curettage sont nettement putréfiés. L'auteur estime que l'évacuation artificielle de l'utérus paraît nettement indiquée dans certains cas de rétention prolongée de fœtus mort.

Discussion : M. de Rouville a eu l'occasion, deux ans après l'accouchement, d'extraire de l'utérus un gros cotylédon placentaire.

M. Puech rapporte l'observation d'une malade chez laquelle, quelques heures après un curettage soigneux pour un fibrome supposé, un œuf entier de 4 mois 1/2 fut spontanément expulsé.

Paul Delmas.



REVUE DE PHYSIOTHÉRAPIE

(*Suite et fin*, voir le nº 17 *bis*).

A

Electrothérapie.

L'importance de l'électrothérapie est devenue telle qu'elle nécessite aujourd'hui une spécialisation absolue de la part de ceux qui veulent la pratiquer utilement. Aussi, n'aurons-nous garde de tenter même une rapide analyse des divers procédés électrothérapiques et de leur technique. Nous nous bornerons, ici, à énumérer chacune des modalités de la thérapeutique électrique et d'indiquer les diverses affections qui en sont justiciables.

Et d'abord, il nous paraît nécessaire d'insister sur les inconvénients et même les dangers de l'électricité.

Il faut manier l'électricité galvanique et surtout l'électricité faradique avec une grande prudence et de sérieux ménagements. Les paralysies périphériques et les névralgies superficielles se transforment parfois en contractures tenaces à la suite d'électrisations inconsidérées. Bien souvent, au lieu de calmer les douleurs, l'électricité les exaspère ; il faut donc se garder de l'employer chez les sujets très excitables.

Cela posé, voyons dans quelles affections l'électrisation peut être appliquée avec utilité. On peut établir schématiquement le principe suivant : le courant continu ou galvanique est applicable aux douleurs, le courant faradique ou interrompu doit être réservé aux atrophies musculaires.

Toutes les affections du système nerveux sont justiciables de galvanisations faibles de 10 à 30 milliampères : hémiplégies, méningite spinale chronique, apoplexie méningée, scléroses latérales amyotrophiques, syringomyélie, sclérose en plaques, myélites traumatiques et chroniques, maladie de Little, tabès dorsal, poliomyélite infantile, névrites et polynévrites.

L'électricité a une très réelle valeur au point de vue de la précision du diagnostic : c'est ce que l'on appelle l'électrodiagnostic.

Paralysie du nerf facial. — L'examen clinique est impuissant à fixer le pronostic de la paralysie faciale, et des cas en apparence identiques peuvent présenter une évolution complètement différente.

Le degré de gravité de la paralysie, par conséquent la durée approximative de l'affection, n'est connue que grâce à l'électrodiagnostic, qui dans la première semaine peut nous fournir des données précises et certaines.

« D'après Erb :

« 1º Si, vers la fin de la première semaine, il n'existe pas de modification appréciable de l'excitabilité galvanique et faradique, la guérison a lieu en 3 semaines ;

2º S'il existe de l'hypoexcitabilité faradique avec hyperexcitabilité galvanique, la guérison s'effectue en 6 à 12 semaines ;

3º S'il y a abolition de l'excitabilité faradique avec hyperexcitabilité du muscle avec ou sans contraction lente, la guérison exige plusieurs mois ou ne se produit pas

« 1re *forme.* — Faradiser ; interruptions lentes, pôle au tronc du facial, l'autre pôle quelques minutes sur chacun des muscles paralysés.

2e et 3e *formes.* — Utiliser le courant continu :

« Une large plaque recouvrant la partie du visage y est maintenue solidement appliquée, elle est reliée au pôle positif ; une deuxième reliée au pôle négatif est placée à la nuque. On débite lentement le courant de 8, 15, 20 milliampères, pendant 10 à 15 minutes environ.

« Ensuite, on provoque des contractions visibles des muscles. Pour cela, il suffit, à la fin de chaque séance, de promener un petit tampon sur chacun des points moteurs des muscles, en fermant et en ouvrant le courant.

« Plus tard, on voit réapparaître l'excitabilité faradique et on utilise ce courant seul ou concurremment avec le courant galvanique ; mais on produit *des secousses espacées.*

« L'électrisation diminue considérablement la durée des paralysies faciales et, en faisant fonctionner le muscle paralysé, elle combat l'atrophie qui atteint tout muscle privé de fonctionnement.

« Même lorsqu'il y a réaction de dégénérescence, on peut espérer très souvent, en y mettant le temps (plusieurs mois), guérir des cas d'apparence inguérissables.

« *En tout cas il ne faut jamais s'abstenir de pratiquer l'électrisation.* » L. Delherm, *in* Formulaire, Masson.

Les névralgies, surtout la sciatique, sont très souvent améliorées et même guéries par le courant galvanique.

Contre l'hystérie et les névroses en général, la neurasthénie, les myoclonies, on doit avoir recours de préférence aux bains statiques (électrisation avec machine statique à plateaux de verre) (Ramsden, Holtz, etc.).

L'électrisation galvanique et surtout l'électrisation faradique s'appliquent avec grand avantage aux fractures trop longtemps immobilisées, aux entorses, à toutes les atrophies musculaires voisines des arthrites anciennes, aux algies musculaires, aux pieds plats douloureux. Les paralysies radiculaires, circonflexes, radiales, sont justiciables du courant continu.

◆◆◆

L'électrisation statique est très nettement indiquée dans les spasmes œsophagiens, dans les dyspepsies nerveuses, dans les cas de constipation spasmodique. De nombreux auteurs modernes, Delherm, Laquerrière, Zimmern, Benedikt, Erb, se servent du courant galvanique pour combattre la constipation par atonie.

Cette constipation est fréquente chez les vieillards ou les sédentaires ; la paroi abdominale est flasque, l'intestin se présente sous forme d'une grosse masse boudinée, les matières rendues forment des blocs volumineux souvent difficiles à évacuer par l'anus.

« Les méthodes capables de produire des contractions énergiques des muscles de la paroi et d'exciter les mouvements péristaltiques de l'intestin doivent être employées. On utilise le courant faradique aussi fort que le malade peut le supporter (Benedikt) : on peut utiliser aussi le courant galvanique (Erb) en ayant soin de produire des interruptions répétées du courant pendant 10 à 20 minutes, ou en ramenant de temps à autre à zéro, en renversant le courant et en remontant dans l'autre sens (Zimmern). Ce dernier utilise des intensités galvaniques élevées : 50 milliampères. Dans ces méthodes les pôles sont constitués par 2 gros tampons placés un dans chaque fosse iliaque.

« En cas d'insuccès, on place une électrode abdominale et on introduit dans le rectum une électrode de 6 à 8 centimètres de profondeur, on utilise le courant faradique à interruptions lentes pendant 8 à 10 minutes.

« Enfin, on peut utiliser le lavement électrique.

« *b) Constipation spasmodique.* — Elle est l'apanage des nerveux ; le ventre est dur, globuleux ; l'intestin donne la sensation d'une corde tendue, il est douloureux ; les matières sont filiformes, « en crottes de bique », avec parfois des glaires.

« L'expérience clinique commande de bannir tout ce qui pourrait irriter l'intestin et serait de nature à exciter la contracture spasmodique.

« Aussi emploie-t-on les sédatifs et les calmants : huile, lavage à faible pression, belladone, valériane, compresses chaudes ; mais souvent ces médications ne forment plus qu'un palliatif qu'il faut continuer indéfiniment.

« Avec le Dr Laquerrière nous préconisons l'emploi du courant galvano-faradique ou du galvanique seul selon les cas, à intensités galvaniques élevées (80, 100 milliampères), sans secousses, un pôle large abdominal, un pôle lombaire d'égales dimensions, séances de 10 à 20 minutes. Nous rejetons l'emploi de procédés de force et notamment du lavement électrique.

« Dans un certain nombre de cas, 30 p. 100, les selles deviennent spontanées dès les premières séances et l'on peut supprimer d'emblée toute médication ; dans les autres cas, c'est seulement entre la première et la quinzième séances.

« On agit sur la constipation qualitative et quantitative ; on obtient une atténuation des phénomènes gastriques, une amélioration de l'état général et une augmentation de la courbe du poids de 2 à 5 kilos en moyenne.

« On a environ 75 p. 100 de guérisons et les résultats se sont maintenus dans les 5/6 des cas, c'est-à-dire la faculté pour des malades qui avaient suivi antérieurement un traitement régulier d'avoir des selles spontanées 25 fois par mois environ.

« Ce traitement ne comporte comme contre-indication que les cas où l'état psychique du malade ne permet pas de le soumettre à une discipline sévère, et ceux où il existe une constipation symptomatique d'une lésion indélébile du tube digestif (néoplasme intestinal). »

Pour terminer les applications de l'électricité au tube digestif, nous dirons quelques mots des lavements électriques contre l'occlusion intestinale.

Dans l'occlusion intestinale, avant d'intervenir chirurgicalement, on doit tenter de lever l'obstacle à l'aide du lavement électrique qui peut, presque à coup sûr, suffire, dans l'obstruction stercorale, le pseudo-ileus, mais dont les résultats sont plus hypothétiques quand il existe un détroit néoplasique très serré, par exemple.

« Comme, en pratique, on ne connaît que rarement la cause de l'occlusion, il faut avoir recours au lavement électrique avant de tenter une de ces interventions souvent si pénibles pour le patient.

« Le reproche qu'on a l'habitude de faire au lavement, c'est qu'il fait perdre un temps précieux. En réalité, la faute n'est pas au lavement électrique, mais à cette pratique condamnable qui consiste à perdre cinq ou six jours à médiquer le malade, qu'on remet, au bout de ce laps de temps, très affaibli entre les mains de l'électricien ou du chirurgien.

« Voici la marche à suivre. Si au bout de deux ou trois jours, les moyens ordinaires n'ont pas donné de résultats, il faut faire intervenir l'électricien et se tenir prêt à mander le chirurgien. En vingt-quatre heures environ, le lavement électrique aura produit tout son effet, et s'il n'a rien produit, le malade sera encore capable de supporter l'intervention.

L'instrumentation comprend, outre une pile, un galvanomètre, une plaque de 18 centimètres sur 24, trois fils, un bock à injections, un instrument spécial, la sonde rectale de Boudet, de Paris.

« Il faut préparer d'avance cinq ou six litres d'eau bouillie salée à saturation.

« On place une table à gauche de l'opérateur pour recevoir la pile et les appareils annexes.

« Si le malade est trop faible, on donne le lavement en plaçant le malade sur un plat bassin. Il est préférable de le mettre en travers du lit, le siège sur le bord, les jambes maintenues par un ou deux aides. Il est bon de garnir le siège avec une toile imperméable qu'on fait plonger dans un récipient placé en dessous.

« Le médecin, bien protégé contre les éclaboussures possibles du liquide, s'assied en face de son malade, ayant à sa gauche la table, qui porte les appareils. Il place sur l'abdomen du patient la plaque très imbibée d'eau (non salée) recouverte d'une serviette, que le malade ou un aide maintient, bien fixée sur l'abdomen. Le fil va être fixé à la borne N de la batterie.

« Un deuxième fil est fixé à la borne P et aboutit à une des bornes du galvanomètre (n'importe laquelle avec le galvanomètre où le zéro est au milieu de la division, la plus rapprochée de l'aiguille, quand le zéro est à une extrémité).

« Le troisième fil part de cette dernière borne et aboutit à la sonde de Boudet.

« On remplit le bock avec l'eau salée, tiède, on introduit la sonde vaselinée dans le rectum le plus profondément possible, mais sans forcer, avec précaution et sans se presser.

« 1° On soulève le bock à un mètre environ de manière à ce que l'eau pénètre dans l'intestin. A ce moment, on l'abaisse vivement à 30, 40, 50 centimètres ou plus, et on laisse pénétrer 3/4 de litre environ *bien lentement*. Le but qu'on se propose est de porter aussi haut que possible l'eau ; car ce n'est pas la sonde, c'est elle qui va servir d'électrode intestinale, aussi faut-il en faire passer le plus possible de la manière la plus tolérable pour l'intestin.

« Quand on juge qu'il est passé une quantité suffisante de liquide, on place le bock, de façon à permettre, pendant toute la durée de la séance, l'écoulement de nouvelles quantités d'eau dans l'intestin, mais toujours très lentement. On fait passer le courant, l'œil surveille attentivement le galvanomètre et les réactions du malade. Si le patient se plaint, dès qu'il passe quelques milliampères, il faut le rassurer, augmenter progressivement l'intensité ; peu à peu la sensation désagréable passe, avec de la douceur, et l'on peut arriver assez rapidement à 30, 40, 50 milliampères.

« Il ne faut pas avoir peur d'utiliser de hautes intensités, *il n'y a aucun danger* et il ne peut en résulter que des avantages. Si le sujet éprouve au niveau de la plaque abdominale une sensation de brûlure en un point (chose très possible surtout, quand on a utilisé antérieurement les compresses chaudes), arrêtez, vérifiez ce point, vous trouverez une éraillure de la peau ; isolez avec une goutte de collodion ou de carton, et recommencez la séance.

« Intérieurement, la sensation éprouvée est celle de coliques et d'envies d'aller à la selle. Engagez le malade à se retenir quelque peu, puis si les envies sont trop fréquentes, laissez-le déféquer ; dans le cas contraire, au bout de cinq à six minutes, ramenez progressivement votre collecteur à zéro.

« 3° Au bout de quatre à cinq minutes on renverse les pôles : après avoir ramené au zéro le collecteur, sans rien changer par ailleurs, placez dans la borne N le fil qui était dans la borne P, et dans la borne P le fil qui était dans la borne N, et donnez l'intensité voulue, qu'on laisse passer pendant cinq ou six minutes environ.

« Au bout de ce temps, on renverse de nouveau le courant, et, toutes les cinq minutes environ, on en fait autant. Au bout de quinze à vingt minutes, la séance prend fin, et à ce moment on fait une cinquantaine d'interruptions de courant. Prendre le fil de borne P, le retirer du plot, toutes les cinq secondes, l'y enfoncer de nouveau. On provoque ainsi, avec une intensité suffisante, de bonnes contractions des muscles de la paroi.

La séance finie, on ramène le collecteur au zéro, on retire la sonde.

« Quand se produira la débâcle ? Parfois immédiatement après la séance, souvent deux ou trois heures après ; dans un nombre de cas assez grand, *elle ne se produit que dix, douze heures après.*

« Parfois, un premier lavement n'aboutit qu'à l'émission de quelques gaz, signe qui permet d'affirmer que l'intestin est redevenu perméable et de présumer qu'un nouveau lavement provoquera une expulsion fécale abondante.

« En général, dans les cas aigus, on peut faire deux lavements et trois dans les cas chroniques, en laissant six à huit heures d'intervalle.

Dans la constipation et la *colite* on faisait autrefois très fréquemment le lavement électrique, c'est un procédé qu'il faut écarter, car s'il provoque des selles même immédiates, il ne tarde pas à provoquer, par l'irritation intestinale qu'il produit, une constipation plus grande encore.

« Il doit être proscrit de la thérapeutique de la constipation spasmodique ; on doit toujours lui préférer des applications externes de courant galvano-faradique, il doit être réservé aux cas de constipation atonique.

Chez les constipés et les colitiques atteints, chose fréquente, d'obstruction, il faut utiliser sans hésitation, le plus tôt possible, le lavement qui lève à coup sûr l'obstruction. Même quand il y a spasme, il ne faut pas hésiter, on est en présence d'un cas urgent, qui demande une exonération à tout prix.

Le lavement électrique, d'après l'avis de Le Fort, Schwartz, Routier, Jalaguier, Lejars, Monod, etc., quoique n'étant pas infaillible, est assez souvent curatif dans l'occlusion, pour qu'on ne prive pas, de parti pris, un malade d'une ressource qui, bien des fois, a fait ses preuves, en

rendant inutiles des interventions regardées auparavant comme indispensables.

L'électrolyse, c'est-à-dire l'action chimique du courant galvanique dans les tissus est également très efficace contre un grand nombre d'affections et, en particulier, dans les cas où il est formellement indiqué de détruire un tissu de néoformation sur les téguments, dans les cavités naturelles ou même dans la profondeur des organes. Rappelons que le courant ayant toujours la même direction, du pôle + au pôle —, les tissus, liquides, ou gaz soumis à son action se décomposent chimiquement et que l'acide va au pôle + et l'alcali ou la base va au pôle —.

De cette notion découle toute l'électrolyse.

Sont guéris par l'électrolyse : l'hypertrichose, les nævi vasculaires, l'acné hypertrophique, les rétrécissements uréthraux (méthode circulaire, méthode linéaire, dilatation électrolytique de Desnos et Minet), les angiomes et les anévrysmes cirsoïdes, les fibromes utérins interstitiels avec hémorrhagies fréquentes.

Comme complément à la méthode de l'électrolyse nous ne saurions omettre la nouvelle thérapeutique de l'ionisation des tissus.

L'idée d'introduire des médicaments dans l'organisme à travers la peau, à l'aide de l'électricité, est certes fort ancienne.

On admet que les substances dissoutes dans l'eau sont transportées dans les tissus en quelque sorte mécaniquement, et seulement du positif au négatif ; cette action a été appelée par Dubois-Reymond, action cataphorétique (cataphorèse).

Plus récemment, on a été amené à penser que dans les solutions, les molécules sont décomposées par les courants en deux ou plusieurs parties, formées chacune d'un ou plusieurs atomes, appelés ions : les uns chargés positivement descendant le courant, les autres chargés négativement et remontant le courant (électrolyse).

L'introduction des ions dans l'organisme ne nécessite pas un outillage très compliqué. Il suffit d'une source de courant continu assez puissante pour fournir un demi à 2 milliampères par centimètre carré d'électrode.

On matelasse avec une très grande épaisseur d'ouate l'électrode active, on imbibe cette ouate de la solution médicamenteuse, et l'on fixe l'électrode sur la région où l'on veut intervenir.

Les solutions doivent être faites avec de l'eau aussi pure que possible, récemment distillée.

Supposons qu'on veuille électrolyser du chlorure de sodium dans une épaule. On imbibe l'électrode ouatée de la solution, on l'applique avec des bandes élastiques, pour que le contact soit parfait, on la relie au négatif. Une large électrode positive indifférente est placée au dos. Le courant est amené progressivement à la plus haute intensité tolérable. La séance dure de dix à trente minutes, et peut être répétée aussi souvent que le permet l'intégrité des téguments ; trois fois par semaine, en moyenne. Un très grand nombre de substances peuvent être électrolysées en thérapeutique ; les plus couramment utilisées sont les suivantes :

Le chlorure de lithium à 2 p. 100, le chlorure de sodium à 1 ou 2 p. 100, le salicylate de soude à 3 p. 100 ; l'iodure, le mercure, la cocaïne, la quinine, le zinc, le cuivre, l'argent.

Courants de haute fréquence ou d'Arsonvalisation

Ce procédé thérapeutique, imaginé par M. d'Arsonval, est un procédé d'électrisation à voltage élevé et en quantité beaucoup plus forte que la statique.

On produit ces courants à l'aide d'appareils spéciaux (grandes bobines, transformateur de Gaiffe, etc.).

« En application générale, on les débite sous forme de *cage* ou de *lit*. Le patient est placé dans une cage formée de fils par où passe le courant ; il tient une poignée métallique, où vient aboutir un des fils provenant de la source productrice. Quand on fait les applications sous forme de *lit*, le sujet est étendu sur un lit spécial, et son corps relié à un des fils forme condensateur à travers une lame d'ébonite avec une plaque métallique reliée à un autre fil.

« Ces applications générales ne provoquent pas de contraction musculaire ; à cause de leur haute tension,les nerfs moteurs ou sensitifs ne sont pas influencés quoique l'organisme soit complètement traversé.

« Ces courants ont une action excitante sur l'activité de la nutrition, la régularisation des échanges organiques, l'augmentation de la teneur d'oxyhémoglobine (Tripet, Laquerrière), et de l'activité de réduction, l'augmentation de la circulation capillaire (Delherm, Laquerrière), l'élimination de l'urée, de l'acide urique, des chlorures (Apostoli, Berlioz, Denoyès).

« Pour être réellement efficace, ce procédé électrothérapique nécessite une installation soignée.

« Ce courant peut aussi être appliqué localement, sous forme d'*effluves* qui sont bien plus forts et mieux nourris que ceux de la statique, et partant, leur sont aussi bien supérieurs.

« On l'utilise, encore, sous forme de *petites étincelles* en pluie produites par un appareil dit électrode à manchon de verre de Oudin. Les effluves et les étincelles ont un pouvoir analgésiant considérable ; on peut, avec les étincelles, obtenir une scarification superficielle ou profonde etc., ou seulement une vaso-dilatation très étendue. »

C'est contre les troubles neurasthéniques et contre les troubles d'hy ertension artérielle de

l'artério-sclérose que l'on obtient les plus remarquables résultats avec la d'Arsonvalisation. On peut y recourir aussi pour guérir le lupus érythémateux, les eczé a les lichens, les engelures.

B

Radiothérapie et radiumthérapie.

Cette partie de la physiothérapie est née d'hier, depuis les découvertes de Crookes, de Roentgen et de Curie, nos contemporains ; aussi, quoique déjà très avancée, est-elle encore dans une continuelle évolution. Des milliers de faits ont été déjà observés et classés, mais nul ne saurait dire exactement sur quelles lois fondamentales cette science récente doit être établie. S'agit-il exclusivement de phénomènes électriques ? Sont-ce des phénomènes lumineux ? Ne serait-ce pas seulement une résultante de phénomènes chimiques ? L'avenir nous l'apprendra peut-être. En attendant, les rayons X, d'une part avec leur pénétration incomparable, nous permettent de scruter les mystères de la digestion mécanique de la circulation, de la formation des embryons, du cheminement des corps étrangers dans les tissus et des productions néoplasiques, encore inaccessibles, et la radiumthérapie, d'autre part, nous promet des victoires thérapeutiques inespérées, contre des ennemis que le fer et le feu lui-même n'étaient pas parvenus à détruire jusqu'ici.

Rayons X ou de Rœntgen. — Comme pour l'électrothérapie, nous nous garderons ici d'essayer d'entrer dans aucun détail technique, et nous nous bornerons à énumérer les bienfaits du radiodiagnostic par les rayons X. La partie la plus élémentaire du diagnostic roentgénien, c'est la recherche des corps étrangers dans les membres ou dans les muscles du tronc et du cou : aiguilles, plombs, balles de revolvers ou de fusils, éclats de projectiles ou de verre sont nettement retrouvables et repérables, grâce à la radioscopie ou à la radiographie (épreuve photographique de la radioscopie).

On arrive, grâce à la radioscopie, à dépister la tuberculose pulmonaire, les indurations des sommets ou des ganglions trachéo-bonchiques et médiastinaux, les épanchements pleuraux interlobaires. Les épanchements de la grande cavité pleurale sont facilement vérifiés et étudiés par les examens radioscopiques ; on se rend compte ainsi des progrès obtenus par le traitement et des indications de la thoracentèse.

La radioscopie permet de découvrir et de délimiter les anévrysmes de l'aorte, les péricardites, les hypertrophies auriculo-ventriculaires, le rétrécissement mitral.

Les sténoses de l'œsophage, du jéjunum, de l'iléon, du côlon, se décèlent assez difficilement ; cependant Béclère, Mathieu, Assmann, Schwarz et Holtzknecht sont parvenus à en dépister un certain nombre.

La radioscopie rend de grands services pour le diagnostic des kystes hydatiques du foie et des grands abcès dysentériques, pour la confirmation du diagnostic de grossesse gémellaire et pour celui des présentations fœtales. On reconnaît à l'épreuve radiographique les tuméfactions osseuses, tumeurs, ostéites tuberculeuses, maux de Pott, arthrites fongueuses des hanches, des genoux, des vertèbres.

Enfin, l'exploration des calculs rénaux et quelquefois vésicaux, la confirmation du diagnostic de tuberculose rénale, ainsi que le dépistage des sténoses ou des calculs des uretères sont singulièrement facilités par l'examen aux rayons X.

Outre les avantages de radiodiagnostic, les rayons de Rœntgen paraissent avoir une réelle efficacité thérapeutique, en particulier pour la cure des affections rebelles de la peau, lupus tuberculeux, lichens, verrues, acné, cancroïdes, épithéliomas.

Un point capital à noter, c'est le danger de l'emploi prolongé de ces rayons X ; il vaut mieux faire de nombreuses séances courtes que des séances prolongées : la distance qui sépare l'ampoule productrice de rayons doit de plus être bien calculée d'avance par une personne exercée ; enfin, l'opérateur est tenu de prendre pour lui-même de sérieuses précautions, telles que protection de ses mains par des gants de plomb, s'il ne veut pas s'exposer à l'évolution de dermites gangréneuses terribles, qui risquent de devenir mortelles.

Radiumthérapie

« Les émanations du radium sont constituées par des rayons « chargés d'électricité positive et des rayons * chargés d'électricité négative, cheminant à travers l'espace avec une prodigieuse rapidité. Il existe d'autre part des rayons x qui représentent la propagation de l'ébranlement spécial de l'éther sous l'action de la désintégration du radium. Ces vibrations sont voisines de celles des rayons X ; elles en possèdent un certain nombre de propriétés.

« Le radium peut conférer en outre à certains corps une radio-activité induite.

« On peut utiliser le radium :

« 1° En nature ; 2° à l'état de sels ; 3° à l'état d'émanations ; 4° on peut se servir des corps radio-activés.

« Le radium pour l'utilisation thérapeutique est en général placé dans un petit tube scellé ; il peut être encore utilisé d'autre manière. Grâce à la radio-activité acquise par les produits les plus différents, il est possible de rendre agissantes des substances diverses. Toutes les portions du

corps sont ainsi directement accessibles, puisque ces substances peuvent être inhalées, instillées, ingérées, ou qu'on peut encore les injecter dans les cavités naturelles, les tissus, etc.

« Le radium a, sur les tissus vivants, une action qui varie de la congestion simple à la destruction par ulcération dont l'incubation est de 15 jours à 3 semaines. Le radium peut avoir une action stimulante capable de contribuer à la guérison de certains états morbides, quand on l'utilise à la dose voulue.

« On l'a employé dans les épithéliomas superficiels. D'après Béclère et Belot, son action doit être réservée aux lésions siégeant en des points difficilement accessibles aux rayons X, épithélioma des fosses nasales, de l'angle de l'œil, etc. Selon l'expression consacrée, « il constitue l'édition de poche de l'ampoule de Rœntgen. » On peut encore utiliser le radium dans certaines tuberculoses de la peau : les chéloïdes, les verrues, certaines névro-dermites, le prurit, les hyperesthésies de la peau. En un mot, les effets de cette médication s'exercent sur des tissus différents et sur des processus morbides distincts » (Desfosses-Dominici). (1) »

Le radium introduit sous forme de sel composé dans une sonde spéciale uréthrale au niveau de l'urèthre prostatique donne des résultats extrêmement remarquables dans les tumeurs de la prostate (Pasteau).

Appliqué avec certaines précautions pendant quelques instants au voisinage d'une articulation atteinte d'arthrite blennorrhagique, il a donné d'excellents résultats (Debove et Dominici). En 4 ou 5 applications, on peut obtenir une cure complète.

On prépare aujourd'hui des sachets ou cataplasmes confectionnés avec des boues dites radio-actives, qui réussissent fort bien dans les rhumatismes chroniques articulaires et musculaires, dans les névrites tenaces, dans le zona, en particulier.

Il est admis d'ailleurs aujourd'hui que c'est la présence du radium ou l'imprégnation par ce merveilleux métal et ses radiations qui produit l'efficacité des boues de Dax, des boues de Saint-Amand, et qui donne à la plupart des eaux minérales prises sur place leur puissance thérapeutique. La radio-activité de nombreuses sources d'eau minérale (Plombières, Néris, le Mont-Dore, Châtel-Guyon, Royat, etc., etc.) a déjà été scientifiquement démontrée et, incontestablement, la grande majorité des sources minérales doit être considérée comme imprégnée d'émanations de radium.

Pour terminer ce rapide aperçu des remarquables effets des rayons X et du radium, nous devons une très importante mention aux deux méthodes créées par M. le Dr de Keating-Hart, la *fulguration* et la *thermoradiothérapie*.

Ces deux méthodes sont destinées à parachever la chirurgie du cancer. La fulguration est la carbonisation électrique par les étincelles de haute fréquence des tissus que le bistouri vient de débarrasser de tumeurs épithéliomateuses ou carcinomateuses. De magnifiques résultats ont été obtenus pour la cure de cancers du sein, de la face, de la langue, qu'autrefois, on eût jugé inopérables.

M. de Keating-Hart a étudié un autre procédé : celui de la thermoradiothérapie, pour essayer de dissoudre les tumeurs, inopérables soit à cause de leurs généralisations, soit à cause de leurs trop nombreuses adhérences. Cette méthode consiste à chauffer les masses néoplasiques par la diathermie, à refroidir les tissus sains qui recouvrent les néoplasmes, et à faire traverser simultanément tout cet ensemble par une dose efficace de rayons X. L'auteur a traité ainsi avec succès plusieurs cancers de l'estomac, de l'intestin et des poumons.

C

Photothérapie

Nous avons encore à parler des heureux effets d'une méthode récente de thérapeutique par les rayons lumineux (photothérapie).

Pour appliquer les rayons lumineux, on enferme le malade dans une boîte en bois dont les parois sont toutes tapissées de lampes électriques : la tête seule dépasse hors de la paroi supérieure de la boîte, comme pour les bains de vapeur.

Le patient peut séjourner soit un temps très court dans la caisse lumineuse, soit un temps prolongé comme pour le véritable bain de vapeur.

Un séjour court provoque à peine une légère moiteur ; il amène une stimulation de la circulation périphérique, il tonifie le système nerveux, il rend de grands services chez les neurasthéniques, les asthéniques, les déprimés, un peu comme l'exposition solaire (héliothérapie).

Un séjour prolongé provoque une sudation abondante et rend, comme le bain de vapeur de grands services chez les obèses et chez tous les arthritiques.

A côté de ce bain de lumière, se place le bain de Dowsing, bain très chaud à 100° ou 150°, accompagné de radiations lumineuses intenses. Il est destiné à combattre les rhumatismes chroniques et les arthrites.

La photothérapie par les rayons violets et ultra-violets (au moyen des appareils de Finsen, Schall, Broca et Chatin-Marie, Foveau de Courmelles), est très utilement employée contre les affections de la peau :

1° Dans le lupus tuberculeux Finsen a obtenu

(1) L. Delherm. — *In* Formul. Masson.

des résultats tout à fait brillants, puisque, sur 300 cas traités de 1895 à 1900, 2 ou 3 p. 100 seulement ont été réfractaires.

Leredde et Pautrier sur 43 malades ont eu 30 guérisons.

2° Dans le lupus érythémateux, le nævus vasculaire plan, l'acné rose, l'épithélioma, la pelade, le sycosis, les succès sont à peu près constants.

La soustraction des téguments à la lumière peut être très utile dans la variole. On place le malade dans une chambre où la lumière ne pénètre qu'à travers des rideaux rouges épais comme l'avait préconisé Finsen ; la variole évolue plus vite et les accidents liés à la suppuration sont considérablement diminués (photothérapie négative).

La lumière bleue permet de calmer certaines excitations nerveuses et mentales ; elle est favorable aussi pour le traitement des conjonctivo-kératites et blépharites.

La lumière rouge a une action très fréquemment employée dans les cas de neurasthénie, dépressions générales, et anémies ; elle empêche les suppurations post-rubéoliques et varioliques.

Conclusions

La puissance extraordinaire des procédés électrothérapiques permet de lutter efficacement contre de très nombreux états morbides chroniques et même aigus, sans adjuvants thérapeutiques chimiques ou végétaux, et les remarquables succès obtenus permettent d'espérer que, grâce aux incessants progrès réalisés par les physiciens, l'électricité, de plus en plus adaptée aux indications médicales, restreindra les audaces un peu trop envahissantes de la chirurgie moderne.

Dr Paul HUGUENIN.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Gymnastique des variqueux

Les varices ne sont pas justiciables d'un traitement actif seulement lorsqu'elles sont le siège d'une complication, mais encore dès qu'elles existent, tant à cause des désordres graves dont elles peuvent être l'origine, que parce qu'elles constituent généralement un syndrome, parce qu'elles révèlent des troubles organiques plus ou moins lointains.

On distingue, en effet, dit M. JOLY, dans la *Clinique*, les varices essentielles, et les varices symptomatiques, celles-ci représentant un cadre qui va chaque jour en s'élargissant aux dépens des précédentes

En dehors du traitement causal, des médications et du régime, il y a une thérapeutique directement applicable au vaisseau lésé, dans lequel on peut activer la circulation, en diminuant la stase et ses conséquences, dont on peut décongestionner les parois, réduire l'épaississement, ranimer les cellules en améliorant leur nutrition, etc.

La kinésithérapie des varices comprend le massage, les mouvements passifs, et les mouvements actifs ou gymnastique.

La gymnastique doit être particulièrement surveillée : elle est capable en effet d'agir sur les masses musculaires dont l'atrophie peut amener l'apparition de varices. Mais, si elle n'obéit pas à certaines règles, elle est vite fatigante et mal supportée.

La gymnastique appliquée au traitement des varices des membres inférieurs est la gymnastique de la *jambe en l'air*. Le sujet étant couché à plat sur le dos et les bras étendus dans le prolongement du tronc, accomplit les mouvements suivants :

1° Simple élévation de la jambe verticalement à angle droit, par rapport au tronc ; 2° flexion et extension des orteils, puis du pied, en avant et en arrière ; 3° rotation du pied de droite à gauche, puis de gauche à droite ; 4° flexion de la jambe sur la cuisse, suivie d'extension ; 5° La jambe étant fléchie sur la cuisse, flexion de la cuisse sur le bassin, et extension ; 6° flexion du membre sur le bassin, le membre étant allongé sans flexion, laisser redescendre le membre jusqu'à l'horizontalité ; 7° mouvements d'adduction et d'abduction des membres sans flexion ; 8° mouvements de rotation et circumduction des membres sans flexion.

On commence par exercer un membre, l'un après l'autre. Puis, avec de l'entraînement, on les met en jeu simultanément. Les séances doivent être courtes, de 2 à 10 minutes, être répétées matin et soir, pendant des semaines et des mois, et suivies d'un repos allongé de quelques minutes. L'hydrothérapie et les frictions alcooliques complètent heureusement cette gymnastique.

On peut combiner à cette gymnastique la gymnastique respiratoire, de manière à agir sur la circulation générale mécaniquement, et sur la nutrition par une meilleure oxygénation du sang. L'inspiration coïncidera avec la contraction musculaire, l'expiration avec le relâchement. Le malade fera bien d'étendre les bras au-dessus de la tête, et de fléchir les jambes en inspirant et de faire le mouvement contraire dans l'expiration. Il sera couché sur un lit de camp ou sur une couverture déployée sur le sol, toutes fenêtres ouvertes.

Dans les complications des varices, on pourra continuer à recourir à la gymnastique, douce, progressive, sauf dans les phlébites aiguës, dans les états douloureux de phlébalgie, de cellulite et de névrite, dans les coups de fouet, dans les ulcères étendus et saignants.

Dans les suites de phlébite, on attendra la fin de l'état aigu et on procédera très prudem

ment, très lentement, après une longue suite de mouvements passifs. Au contraire, la périphlébite réclame la gymnastique précoce. Les œdèmes dus à l'insuffisance veineuse cèdent généralement à la gymnastique. De même l'ulcère variqueux, l'eczéma, etc.

Les contre-indications à cette gymnastique sont : les tumeurs volumineuses ou la grossesse avancée, l'obésité, un anévrysme poplité, inguinal ou autre, les lésions cardiaques, l'artériosclérose, l'emphysème prononcé, les péritoines fragiles, certains états congestifs de l'utérus, la période menstruelle, etc.

Aux membres supérieurs, les varices sont bien moins fréquentes. Les mouvements de gymnastique qui leur conviennent sont analogues à ceux du membre inférieur : élévation, extension, sans flexion d'abord, puis avec flexion.

Au cou et à la gorge, on utilisera les mouvements de flexion en avant et en arrière, de rotation à droite et à gauche.

Les varices du tronc et les varices splanchniques sont justiciables de la gymnastique respiratoire allongée, en même temps que des mouvements qui développent la musculature abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement de la syphilis en clientèle. L'indispensable en syphiligraphie — Dr H. Gougerot, Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8° 1914 (Bibliothèque : comment Guérir ?) avec 72 figures noires formant 40 planches et 19 en couleurs et 12 planches hors-texte donnant la reproduction grandeur nature des principales lésions syphilitiques. A. Maloine, éditeur, Paris : 10 fr.

Aucune branche de la médecine n'est plus immédiatement utile au praticien et ne soulève autant de problèmes difficiles de diagnostic, de thérapeutique, de pronostic et de déontologie que la syphilis. Malheureusement, beaucoup de médecins se plaignent d'être forcés de chercher dans de gros traités trop riches en données théoriques, dans des manuels trop pauvres en indications thérapeutiques, dans des publications trop éparpillées, ce qui est indispensable à leur pratique de chaque jour. Il faut ajouter que ces dernières années ont vu naître des découvertes retentissantes qui ont rénové la syphiligraphie (découvertes du tréponème, séroréaction de Wassermann) et des découvertes thérapeutiques qui ont jeté l'incertitude dans beaucoup d'esprits ; une mise au point s'imposait donc, qui se gardât des enthousiasmes décevants.

M. le Dr Gougerot a essayé de répondre aux vœux des étudiants et médecins : retenir et résumer tout ce qui était utile en pratique, supprimer tout ce qui n'était pas indispensable : anatomie et histologie pathologiques, étiologie et statistiques, etc.

Pour répondre à ce but, l'ordre et les matières de ce livre diffèrent profondément de ceux des traités classiques ; les questions de pratique courante ont été particulièrement développées : *secret professionnel* ; *manière de révéler le diagnostic de syphilis* ; *conduite à tenir en présence des syphilitiques mariés* ; *instructions générales thérapeutiques et hygiéniques à donner* ; *conduite à tenir dans les cas de chancres douteux...* ; *surveillance et traitement des syphilis latentes* ; *diagnostic de début et prophylaxie des syphilis nerveuses* ; *traitement préventif de l'hérédo-syphilis* ; *syphilis et mariage* : *conditions du mariage des syphilitiques et conduite du médecin, code sanitaire du syphilitique marié, traitement de la grossesse, surveillance de la mère et de l'enfant, allaitement du nourrisson, etc...* ; *examens et certificats des nourrices et nourrissons* ; *responsabilité civile et pénale en matière de transmission de la syphilis* ; *diagnostic des syphilis latentes, méconnues latentes ou niées*, etc.

Toutes les questions de pratique ont été, on le voit, envisagées, sinon développées. L'auteur n'a pas la prétention d'avoir « inventé » ; mais il a réuni des documents épars, synthétisé des opinions souvent discordantes, en un mot, résumé tout ce qu'il est indispensable de connaître de la syphilis en médecine pratique.

Le laboratoire du praticien, *analyse clinique, méthodes et procédés*, guide de diagnostic et d'hygiène prophylac ique des maladies communes, tropicales et exotiques, par le Dr Paul Gastou, chef du laboratoire central et de radiologie à l'hôpital Saint-Louis. — *Troisième fascicule*, broché, avec 18 planches contenant 319 figures en noir et couleurs, par Louis Niclet. (Paris, A. Poinat, éditeur). Prix : 4 francs.

Ce fascicule comprend les huit tableaux suivants : 23° Examen chimique des urines ; 24° Examen microscopique et ultra-microscopique des urines : éléments anatomiques et microbiens ; 25° Examen microscopique et ultra-mic oscopiques des urines : cristaux ; 26° Recherche des colloïdes et cristalloïdes à l'ultra-microscope ; 27° Analyse des produits anormaux ou pathologiques d'excrétions et de sécrétions à l'ultra-microscope ; 28° Analyse des matières fécales à l'ultra-microscope ; 2° les méthodes d'analyse hsito-chimique des tis us et tumeurs ; 30° Interprétation et lecture des lésions histologiques ; 31° Hémolyse, séro-diagnostic et méthodes d'agglutination.

L'ouvrage complet, comprenant les trois fascicules parus, réunis en un volume cartonné toile : 12 francs.

CORRESPONDANCE

Les doléances de médecins de province. — Le libre choix et le service des mœurs d'une ville.

Un de nos confrères du Midi, comme un autre de la région du Nord nous le faisait aussi dernièrement remarquer, se plaint, dans une lettre que nous ne pouvons publier, vu les personnalités qui y sont prises à partie, d'être victime de son esprit syndicaliste et de son respect du libre choix. Il nous fait remarquer que, le plus souvent, ce sont les confrères les plus riches, qui de ce fait, pourraient être les plus indépendants, qui cherchent à accaparer des monopoles médicaux aux dépens de leurs autres confrères.

Nous devons reconnaître que ces doléances sont souvent l'expression de la vérité ; mais en toute bonne foi, nous répliquerons à notre confrère, qu'en poursuivant l'amélioration de l'exercice de notre profession, il nous paraît difficile de conseiller aux praticiens de consacrer leurs forces à s'entredéchirer pour s'arracher de bien maigres prébendes que leur concurrence violente contribuerait encore à rendre moins bien rétribuées. Il faut donc que, patiemment, ils travaillent à convaincre ceux qui ont des monopoles de l'insuffisance des bénéfices qu'ils en retirent et qu'ils en poursuivent l'extinction progressive.

Ce confrère accuse un médecin, dignitaire de la Société locale de l'A. G., de vouloir se faire « bombarder » inspecteur du service des mœurs de sa bonne ville, alors qu'il n'y avait point de service auparavant, et que les prostituées étaient seulement tenues de se procurer un certificat de santé délivré par le médecin de leur choix.

Nous ne sommes pas partisans de la surveillance policière de la santé des prostituées ; nous croyons qu'ainsi on les porte à dissimuler leurs maladies et que l'on arrive au résultat inverse à celui que l'on poursuit. Mais nous avouons qu'il nous paraît bien dangereux de délivrer à une femme publique un certificat la déclarant saine. En cas d'erreur, le médecin choisi par cette femme nous paraît engager gravement sa responsabilité.

Notre confrère a porté ses doléances devant le syndicat, qui, n'admettant pas ici l'application du libre choix, a décidé de faire assurer le service par roulement. Cela nous paraît la solution la plus conforme à notre doctrine syndicale.

Le médecin doit respecter absolument le libre choix quand il s'agit de soins à donner à un malade. Mais quand il s'agit de contrôle ou de police sanitaire, le médecin qui assure ces fonctions jouant, selon nous, un rôle de magistrat ne doit pas pouvoir être soupçonné de partialité ; il faut donc qu'il soit indépendant vis-à-vis du malade et vis-à-vis des pouvoirs publics. Sa désignation par le syndicat médical nous paraît offrir cette garantie d'impartialité.

J. N.

A propos de l'Hygiène du soldat.

On nous écrit de la Haute-Marne :

Mon cher confrère,

Sur les réflexions du Dr Lachaud « l'Hygiène du soldat » — Concours du 26 avril, — vous vous répandez en éloges ; permettez-moi d'ajouter un petit mot.

Ce sympathique confrère (d'après l'idée générale qui paraît se dégager de l'article entier) voudrait voir les soldats s'entraîner la canne à la main, pélerine caoutchoutée en hiver ; été, vêtements légers, au besoin chaussettes et pantalons courts ; des voitures en nombre suffisant pour porter les fusils, les sacs avec tout le fourbi y attenant, suivraient le régiment qui n'aurait plus qu'à chanter ou sifflotter en abattant de ci de là quelques fleurs avec les cannes que porteraient les troupiers ; — non, laissez-moi rire.

Ce bon docteur Lachaud me paraît être un de ces doux et naïfs rêveurs qui pensent au désarmement universel, et son article en somme n'est qu'un vague plaidoyer qui tâche de préparer les esprits à un retour à la loi de 2 ans.

Si les soldats ne sont pas entraînés en temps de paix, que feront-ils pendant la guerre ?

Excusez ma hardiesse et meilleures salutations.

Dr R.

Réponse.

Nous ne connaissons pas M. le Dr Lachaud, et ne savons s'il poursuit le retour à la loi de deux ans, mais le passage de son rapport que nous avons reproduit nous paraît parfaitement raisonnable. Un bon chef d'armée doit se préoccuper de l'hygiène de ses troupes, doit savoir leur éviter le surmenage et apprendre à les entraîner scientifiquement. Napoléon, qui ne disposait pas des moyens que nous possédons, se préoccupait toujours beaucoup du bien-être de ses soldats

Ce n'est pas en sacrifiant sans nécessité des vies humaines et en éreintant inutilement des hommes que l'on arrive à former une armée solide et bien disciplinée. Que notre correspondant se souvienne de la campagne de Madagascar : on voulut conduire tambour battant de jeunes soldats mal entraînés à la prise de Tananarive, et la colonne disparut presque entière, décimée par les maladies. Qu'eût-ce été si les Hovas eussent opposé l'ombre d'une résistance ? Comme tous les métiers, celui d'entraîneur d'homme s'apprend, et pour une fois, j'approuve le langage d'un député, ce qui ne m'arrive pas souvent.

Doit-on dire physiothérapie ou physicothérapie ?

Pourquoi, page 1171, le nom de physiothérapie s'étale-t-il en grosses lettres au lieu de physico-thérapie ?

La physiothérapie est la thérapie d'une maladie



au début, c'est-à-dire au stade troubles simplement fonctionnels (avant lésion), c'est-à-dire à la phase physiologique ; cela n'a aucun rapport avec la physico-thérapie. Bien entendu, c'est une simple observation, sans esprit de critique. Prière de me répondre dans le *Concours*, sans nom de destinataire.

Réponse.

On donne le nom de *Physiothérapie* à la science de la cure des maladies par les procédés que nous procurent la Nature.

Le Journal du Dr E. Albert-Weil, spécialement consacré à ces procédés, se nomme *Journal de Physiothérapie*.

Les Congrès où se discutent toutes les questions du même ordre se nomment *Congrès de Physiothérapie*.

C'est donc à bon droit que nous avons donné le titre de *Revue de Physiothérapie* à l'étude si complète et si documentée que notre ami Huguenin a publiée dans les nos 17 *bis* et 19 du Concours médical.

Arguments de la mutualité pour ne pas payer le médecin.

Il y a quelque temps, j'avais confié au « Sou médical » un litige soulevé par la mutualité de ma ville. J'ai été assez naïf pour croire que les mutualistes me formeraient un noyau sérieux de clientèle et j'avais consenti à soigner les sociétaires selon un tarif réduit.

L'an dernier, j'ai eu à donner mes soins à un malade pour une appendicite. J'ai réussi à calmer l'état aigu et l'opération put être pratiquée à froid, par un chirurgien de la grande ville voisine (le malade n'ayant pas pu être transporté dans une maison de santé ni dans un hôpital.

J'ai donc fait les pansements consécutifs. Or, au moment où j'ai présenté ma note, en fin d'année, à la société, celle-ci n'a pas voulu me régler mes visites, sous le prétexte qu'il s'agissait de soins donnés à l'occasion d'une opération et que, celle-ci n'étant pas assurée par la mutualité, la société ne devait rien payer.

Je l'ai trouvée saumâtre et, grâce aux conseils du « Sou » j'ai menacé mon client de le poursuivre, s'il ne me payait pas, ou s'il ne me faisait pas régler. La menace a réussi.

Mais, aujourd'hui, je lis, dans l'*Avenir de la Mutualité*, la question suivante : elle se rapproche beaucoup de mon cas. Qu'en pensez-vous ? Dr B.

Opération chirurgicale. — Question posée.

Nous vous serions obligés de nous indiquer la marche à suivre pour opérer le règlement à faire à un de nos sociétaires dans le cas suivant :

Ce sociétaire a subi une opération de l'appendicite doublée d'une tumeur, laquelle opération a été très coûteuse.

Nos statuts prévoyant que les cas d'opérations et de

grande chirurgie restent à la charge du sociétaire, que devons-nous payer :

1° *Les visites médicales (et elles sont nombreuses) doivent-elles être prises en charge par la société pour la part contributive de 1 fr. 50 par visite, comme indiquée dans nos statuts ?*

2° *Devons-nous également prendre en charge les frais pharmaceutiques ?*

D'une manière générale, lorsque les Sociétés de secours mutuels stipulent dans leurs statuts qu'elles ne prendront pas en charge les opérations de grande chirurgie, il faut entendre par là non seulement l'intervention chirurgicale prise en elle-même, mais encore toutes les visites médicales qui précèdent ou suivent l'opération et qui sont directement nécessitées par cette dernière, de même que tous les frais de pansement, bandages, ordonnances pharmaceutiques, etc., également motivés par l'opération.

Dans ces conditions, il nous semble que vous n'avez pas à intervenir dans le cas que vous nous avez soumis, à moins que vous ne vouliez, comme les statuts vous en laissent la latitude, convoquer l'Assemblée générale et lui demander si elle décide d'intervenir soit pour la totalité, soit pour une partie des frais exposés par votre sociétaire.

(*Avenir de la Mutualité*, 25 avril 1914.)

Réponse.

Nous ne cessons de répéter que tous les contrats, si bien rédigés soient-ils, peuvent toujours amener des contestations d'interprétation. En réalité, le médecin soigne son malade, comme il croit devoir le faire ; il lui donne les mêmes soins, que ce soit pour des affections chirurgicales, ou pour des cas de maladie.

Pourquoi, au moment où le malade devra prouver sa reconnaissance pour le service rendu, un tiers intervient-il pour faire des distinguo subtils, qui peuvent se traduire par ceci : « Je serais bien content de ne pas vous payer du tout » ?

Entre le malade et le médecin il ne doit exister aucun intermédiaire. Nous avons déjà bien assez à faire, pour connaître les lois sociales que nous avons à appliquer chaque jour, pour n'avoir pas encore à étudier, juridiquement, et la loupe à la main, les statuts des mutuelles et les polices d'assurances.

Aussi, le «Sou» conseille-t-il toujours aux médecins de poursuivre le client, consommateur de soins, qui appellera en garantie, s'il y a lieu, le tiers responsable.

Mais, de grâce, faites attention avant de signer un contrat quelconque, avec qui que ce soit. Les médecins n'ont pas l'habitude de lire, de relire, puis de méditer tous les papiers qu'on leur apporte à signer. Beaucoup s'en mordent ensuite les doigts, mais il est trop tard.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

De l'emploi, à l'intérieur, de l'huile de paraffine. Indications. — 1° Troubles fonctionnels de l'intestin, constipation habituelle, spasmes ; 2° lésions de l'intestin, entérites chroniques, hémorrhoïdes ; 3° auto-intoxication intestinale.

Matière médicale. — On emploie, en France, des préparations spéciales à base d'huile russe. Le produit doit être aussi pur que possible (Cf. Vicario, *Journ. de pharm. et de chimie*, 16 février 1914).

Mode d'administration. — Trois à six cuillerées à café par jour, en dehors des heures de repas.

Chez certains constipés, on peut faire prendre concurremment de l'agar-agar. Dans les entérites avec diarrhée, on associera (dans la proportion de 1 p. 4) du sous-nitrate de bismuth préalablement porphyrisé et lavé plusieurs fois à l'eau chaude.

Le résultat n'est pas toujours immédiat et les douleurs, quand elles existent, peuvent être accrues, les premiers jours du traitement, mais en moins d'une semaine, la sédation se produit.

A. MANQUAT.

(*Paris méd.*)

La phlébostase comme traitement de la dyspnée asystolique. — On applique sur les deux avant-bras du malade le brassard d'un appareil à mensuration de la tension sanguine. On y introduit de l'air, par un tube en Y, jusqu'à disparition du pouls radial (pression de 16 à 18 cm. de mercure environ). On maintient la compression deux à trois minutes, et on recommence, s'il le faut, quelques instants après. La dyspnée diminue considérablement.

Dans l'asystolie, et aussi dans les congestions pulmonaires, les méningites et l'urémie. S'abstenir sur les membres œdématiés variqueux et si l'on craint une phlébite ou une thrombose

LILIENSTEIN.

(*Mediz. klinik.*)

Traitement externe de la furonculose chez les diabétiques, par le bicarbonate de soude. — L'alcalinisation des tissus, destinée à combattre l'acidose diabétique, est réalisée par des pul-

vérisations, deux fois par jour, d'une solution de bicarbonate de soude à 5 p. 100, suivies d'une application de gaze stérilisée.

Anton BRUNNER.

(*Mediz. klinik.*)

Traitement de la gale par la nicotine. — On frictionne deux fois par jour, pendant trois jours, avec un savon contenant 10 p. 100 d'acide salicylique et 0,08 p. 100 de nicotine. On donne un bain avant chaque friction.

ZIEDLER.

L'huile éthéro-camphrée au lieu de l'huile camphrée du codex. — Les grandes quantités d'huile camphrée parfois nécessaires (20 à 50 cc.) ont l'inconvénient de laisser des nodosités et parfois même de provoquer des abcès.

L'huile est rendue beaucoup plus fluide et plus absorbable par l'adjonction d'une certaine quantité d'éther, comme dans la formule suivante (Viron) :

Camphre	} àâ 1 gr.
Ether sulfurique anesthésique	
Huile d'olive lavée à l'alcool et stérilisée (procédé du Codex)	10 gr.

On peut ainsi injecter de très fortes doses pendant de longs jours.

CROUZON.

(*Soc. méd. hôpit.*)

L'association de l'aspirine et de l'arsenic dans le traitement de la fièvre des tuberculeux. — Cette association jouit d'un pouvoir antipyrétique et aussi anticatarrhal et antihydrotique. On prescrit (Hœdemaker) :

Aspirine	10 gr
Acide arsénieux	un centigr.
pour faire 100 pilules.	

Trois fois deux pilules, avant ou après les repas.

On peut observer, au début du traitement, une phase de réaction — thermique et au niveau des lésions pulmonaires — après laquelle il sera sans inconvénient d'augmenter le nombre de pilules ; mais on ne dépassera pas 25, pour bientôt réduire cette dose.

DAMASK.

(*Beitrœge Z. klinik der Tuberculose.*)

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

Une proposition de loi tendant à réviser la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine (1).

Il est hors de doute qu'à l'heure actuelle, il est très malaisé de faire condamner un rebouteur, un charlatan, pour exercice illégal de la médecine.

En effet, pour pouvoir exercer des poursuites, il faut apporter la preuve que le délinquant applique un traitement, puis que cet acte thérapeutique est répété.

La loi actuelle du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, dit, en son article 16, qu'exerce illégalement la médecine celui qui «... prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements, sauf les cas d'urgence ».

Pour nous, médecins, le délit est souvent prouvé. Pour le tribunal, il faut faire de nombreuses distinctions ; celui contre lequel plainte a été portée a-t-il agi dans un but d'humanité ? N'a-t-il pas cherché à porter secours à son semblable, dans un cas urgent ?

En second lieu, le délit d'habitude est-il prouvé ? Le délinquant a-t-il pris véritablement part, d'*une manière suivie*, au traitement des maladies ?

Il faut ensuite définir le terme traitement. Le soin en a été laissé par le législateur aux tribunaux et il est arrivé que la jurisprudence a donné les interprétations les plus diverses, lorsqu'il s'est agi de qualifier un acte thérapeutique, ou un simple conseil.

Par conséquent, pour qu'un médecin, ou un Syndicat médical, puisse faire condamner un rebouteur ou autre illégal, il faut prouver que l'accusé applique de véritables traitements, puis qu'il accomplit cet acte d'une manière habituelle.

Nous laissons de côté la partie de procédure suivant laquelle le plaignant doit se porter partie civile, c'est-à-dire s'offrir à faire les frais du procès correctionnel ; sinon, le parquet admet très difficilement de se mettre seul en mouvement pour réprimer le délit d'exercice illégal de la médecine.

D'autre part, la tentative de délit n'est pas punissable, tant que l'acte n'est pas consommé. Ainsi, quelque bizarre que cela puisse nous paraître, les lettres, les annonces, etc., qui recommandent un traitement ne sont pas illicites, tant qu'il n'est pas prouvé que le traitement a été véritablement effectué.

Aussi la grande presse s'en donne-t-elle à cœur joie et nous assistons à des spectales navrants : les traitements les plus variés sont conseillés, les médicaments les plus saugrenus sont vantés, le tout pour le plus grand profit des annonciers des journaux politiques.

Aussi, que de fois le « Sou médical » est resté impuissant, car il ne pouvait pas apporter la preuve du délit consommé habituellement par un rebouteur célèbre, ou un sorcier réputé.

Mais, lorsque la chose est possible, après que l'adhérent du « Sou » a remis un dossier complet à nos avocats-conseils, nous recherchons le moyen de poursuivre, non plus au correctionnel, mais au civil, pour concurrence déloyale. Nous voulons démontrer que les agissements de ceux qui n'ont pas le droit légal d'exercer la médecine détournent la clientèle du cabinet de notre adhérent.

Néanmoins, la chose est encore malaisée, car ce sont les preuves qui manquent, les clients se dérobent et ne veulent pas venir témoigner en justice.

Heureux sommes-nous lorsqu'un malade, mécontent des soins du rebouteur, veut bien porter plainte, pour faute, en se basant sur les termes de l'article 1382 du Code civil : le rebouteur a causé un dommage au patient, il en doit réparation.

Mais combien peu nombreuses sont ces plaintes : le malade, estropié et mécontent, n'ose pas clamer sa mésaventure au grand jour ; il préfère dévorer sa désillusion honteuse dans le silence, et résiste à nos arguments et à nos invitations, lorsque nous l'engageons à rendre service à l'humanité souffrante, en la débarrassant d'un charlatan ignare et malfaisant.

Maintes fois, les médecins ont réclamé la modification des termes de la loi de 1892. Un Congrès fut même tenu en 1906, et l'on vit des médecins, des avocats, des magistrats, des représentants de la Préfecture de police, venir discuter sur ce mal public : l'exercice illégal de la médecine.

Ce Congrès, qui fut admirablement organisé, grâce au dévouement de son secrétaire général, le Dr Levassort, n'a donné que des résultats quelque peu platoniques. Si, d'un côté, les médecins ont obtenu quelques condamnations, dont certaines retentissantes, s'ils ont pu poursuivre quelques procès jusque devant la Cour suprême, tant en exercice illégal qu'en escroquerie, il n'est pas

(1) Voir sur le même sujet *Concours Médical*, n° 14, p. 954, 1914.

moins certain que de telles poursuites nécessitent beaucoup d'argent et beaucoup de dévouement. Les hommes et les Syndicats sont maltraités, tant dans des réunions que dans des articles de presse ; tous les intérêts privés, commerciaux se liguent pour défendre avec âpreté la manne bienfaisante que jettent sans compter les illégaux, qui font une réclame tapageuse à la 4e page des journaux politiques et littéraires.

Le Congrès de 1906 avait bien proposé au législateur des textes modifiant la loi de 1892. Les termes de ces modifications avaient été rédigés par des juristes et des médecins : la santé publique aurait été sérieusement protégée. Il nous a fallu attendre la fin de cette législature, pour voir déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi, due à MM. Ch. Deloncle, Abel Lefèvre et Lagrosillière, tendant à réviser la loi du 30 novembre 1892.

Nous croyons intéressant de donner *in extenso* l'exposé des motifs de cette proposition de loi.

Exposé des Motifs.

Messieurs, la loi du 30 novembre 1892, qui règle les conditions d'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme n'a pas satisfait aux desiderata des praticiens, pas plus qu'elle n'a atteint le but que le législateur s'était proposé : la protection de la santé publique. Ses dispositions ont été inefficaces pour assurer la répression de l'exercice illégal qui, malgré la vigilance des Syndicats professionnels et aussi, il faut bien le dire, grâce à l'indifférence du parquet, a pris un développement considérable.

Les délinquants se sont joués de la loi et de ses pénalités comme si elles n'existaient pas ; ils se sont mis en état de récidive sans aucun souci d'une condamnation nouvelle, assurés qu'ils sont encore que la loi n'a sur eux aucun pouvoir et qu'on ne peut fermer leurs officines.

Ainsi s'est développée une industrie qui exploite la santé publique sans que rien ne puisse l'en empêcher.

Sans aller jusqu'à relever tous les accidents dus aux manœuvres des fraudeurs, on aura une idée de leurs conséquences graves en se rapportant aux accidents auxquels le professeur Brouardel faisait allusion au Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, ainsi qu'à la longue liste de traitements de panaris dressée par le Dr Thierry, chirurgien des hôpitaux, et, au sujet desquels les interventions des incapables se sont terminées dans tous les cas par la perte de la phalange. Voilà pour la médecine.

En art dentaire, que d'opérations inconsidérées, que de fractures de dents et de maxillaires, que d'infections causées par des instruments sales, ont été relevées à la suite d'interventions de gens auxquels la loi défend toute opération.

Par suite de la bénignité des pénalités, les charlatans, combattus avec succès dans les sociétés professionnelles, ont relevé la tête, et l'usurpation du titre de docteur, l'exercice sous un pseudonyme, sous l'anonymat, les annonces fallacieuses, connurent à nouveau un état florissant.

Si l'on envisage la loi de novembre 1892, elle ne paraît pas répondre, en ce qui concerne l'art dentaire, au développement considérable de cette profession. Depuis sa promulgation, des congrès ont lieu chaque année où sont discutées nombre de questions scientifiques ; la science odontologique a élargi considérablement son champ d'action à ce point que, sur les instances des dentistes eux-mêmes, les études dentaires ont été portées à cinq années, dont deux de stage au laboratoire d'un dentiste. Elles étaient de trois années depuis 1872.

Sans toucher au titre de chirurgien-dentiste, un titre nouveau s'impose : celui de docteur en chirurgie dentaire. Il pourrait être obtenu par tous les titulaires du titre de chirurgien-dentiste attirés par la science et c'est parmi eux que seraient recrutés les membres du corps enseignant des écoles.

Enfin, l'étendue des connaissances odontologiques exige encore que les dispositions de l'article 2 de la loi de 1892, qui donne la faculté aux docteurs en médecine de pratiquer l'art dentaire sans l'apprendre soient rapportées. Il n'existe pas dans les facultés un enseignement odontologique qui puisse permettre aux médecins d'apprendre l'art dentaire. Il est donc inadmissible, dans l'état d'avancement où se trouve cette branche de l'art de guérir, que nul ne puisse l'exercer sans avoir au préalable fait preuve de ses connaissances. En Amérique, les médecins qui ne possèdent pas le diplôme de dentiste ne peuvent pratiquer l'art dentaire ; en Autriche, les médecins sont astreints à des études dentaires terminées par des examens, s'ils veulent être dentistes ; en France, il n'en est rien.

La raison qu'on pourrait donner que le titre de docteur en médecine couvre toutes les branches de la médecine est sans valeur en face des connaissances que le dentiste est tenu de posséder et qui sont si différentes de l'art médical en ce qu'elles relèvent à la fois de la pathologie générale, de la mécanique, de la céramique et de la pathologie spéciale très étendue. Le public, qui n'ignore pas les progrès que fait tous les jours l'art dentaire, est trompé lorsque le praticien est incapable de le faire profiter entièrement de tous les progrès que cet art comporte. Il y a là un cas qui relève de la conscience des gens et que le Parlement retiendra.

Les modifications introduites dans le projet sont donc de deux ordres :

1° Relèvement des peines déjà existantes, adjonctions de peine de prison et, à titre d'accessoire, publicité des jugements de fermeture des officines ;

Répression sévère de l'usurpation des titres, de l'exercice sous un pseudonyme, sous l'anonymat, et de l'exercice illégal sous forme de conseils par voie de la presse, prospectus, etc... ;

2° Au point de vue des études et du titre, augmentation de la durée des études comme elles sont fixées par le décret du 11 janvier 1909. Création d'un titre de docteur en chirurgie dentaire, et, enfin, obligation pour les docteurs en médecine se destinant à l'art dentaire de subir les examens de chirurgiens-dentistes après deux années d'études pratiques contrôlées dans une école dentaire.

Dix-sept années d'expérience de la loi de 1892 ont démontré que sur tous ces points la révision de la loi s'impose. Si le Parlement veut bien adopter le projet, ce sera, pour ceux que cette loi réglemente, un acte de justice, et pour le public un acte de protection salutaire qui lui manque encore.

Dans l'étude qui va suivre, nous laissons de côté tout ce qui concerne l'art dentaire et la création du diplôme de docteur en chirurgie dentaire : notre ami Duchesne, avec sa compétence habituelle, a fait la critique de cette innovation, qui, à bon droit, ne lui paraît ni souhaitable, ni heureuse.

Nous nous bornerons à analyser la partie de cette proposition de loi qui a trait à l'exercice illégal.

A l'article 16, qui définit l'exercice illégal, les auteurs de la proposition de loi ajoutent les précisions suivantes :

Le traitement susvisé s'entend de tout acte répété tendant à la guérison, ou à l'atténuation d'un état pathologique ou prétendu tel d'une ou plusieurs personnes ; il s'entend également de tout conseil répété donné dans le même but, soit verbalement, soit par correspondance, soit par la voie de la presse, sous un nom véritable ou sous un pseudonyme ;

2° *Toute personne pratiquant sans diplôme en dehors de tous soins consécutifs, sauf le cas d'urgence avérée, une opération quelle qu'elle soit, même isolée ;*

Nous sommes heureux de constater que la formule employée par nos honorables députés est la même que celle qui avait été votée par le Congrès de 1906, à la suite du rapport de M. le Dr A. Prieur et de Me L. Prieur, avocat à la Cour.

Déjà, la Cour de Paris avait, au cours du procès intenté au Zouave Jacob, donné dans son arrêt du 14 janvier 1911 la définition suivante :

« Considérant que le sens du mot traitement est général et doit s'entendre de tout acte ou conseil tendant à la guérison, ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie ; qu'ainsi entendu, le traitement ne suppose pas nécessairement la prescription d'un régime ou d'un remède ; qu'il ne suppose pas davantage la connaissance, par le prétendu guérisseur de la nature de la maladie traitée ».

Nous en déduisons qu'avec ces deux définitions il sera loisible de faire condamner toute personne qui, non munie d'un des diplômes prévus par la loi, cherchera à obtenir la guérison ou l'atténuation d'une maladie quelconque, par conseils, manœuvres, passes magnétiques ou autres. Mais il faudra que l'acte thérapeutique soit répété.

Cependant, la répétition n'est plus exigée, pour constituer le délit, lorsqu'il s'agira d'une opération quelle qu'elle soit, — excepté les cas d'urgence avérée — où les devoirs humanitaires obligent toute personne à porter secours à son semblable.

Donc sont interdites toutes les opérations de grande et petite chirurgie, comme aussi toutes les opérations de diagnostic. Ici nous avons en vue une cause, poursuivie par le Syndicat de la Seine, contre un pharmacien qui faisait des diagnostics par le seul examen des urines.

Les alinéas suivants, ajoutés à la loi de 1892, font quelques distinctions, parmi les illégaux.

4° *Ceux qui, comme magnétiseurs, rebouteurs ou somnambules, interviennent d'une façon quelconque et sans être munis du diplôme de docteur, dans le diagnostic et le traitement d'une maladie ;*

5° *Ceux qui, comme bandagistes, masseurs ou pédicures, et sans être munis du diplôme de docteur, interviennent dans le traitement d'une maladie, sans la direction d'un docteur en médecine ;*

Ainsi, les magnétiseurs, rebouteurs, somnambules, pourront être condamnés, s'ils font le diagnostic *et* appliquent le traitement d'une maladie, alors que les bandagistes, masseurs, pédicures, ne sont punissables que s'ils participent à un traitement, hors la direction d'un docteur en médecine.

Pourquoi les rapporteurs ont-ils spécifié le diagnostic, *et* le traitement ! Ils auraient dû dire : le diagnostic *ou* le traitement.

Cette rédaction, proposée par les trois députés, est très dangereuse. En effet, pour que les magnétiseurs, rebouteurs et somnambules soient condamnés, il faudra prouver qu'ils ont fait un diagnostic *et* un traitement. Or, le diagnostic sera toujours très difficile à démontrer comme ayant été porté par les délinquants. C'est donc leur assurer l'impunité.

Il eût été préférable d'adopter la formule des rapporteurs du Congrès de 1906 : « ceux qui, comme magnétiseurs, rebouteurs ou somnambules interviennent d'une façon quelconque et sans être munis du diplôme de docteur, dans le traitement d'un malade ».

Les auteurs de la proposition de loi ont voulu que le fait d'établir un diagnostic fût également punissable ; mais leur rédaction peut être interprétée juridiquement dans un tout autre sens que celui qu'ils avaient en vue.

Passons à l'examen du 7e paragraphe, ainsi conçu :

7° *Toute association, même de fait, entre médecins, docteurs en chirurgie dentaire, chirurgiens-dentistes, ou sages-femmes et pharmaciens pour l'exploitation combinée du malade.*

Est considéré comme fait d'exploitation combinée

la prescription péremptoire d'un médicament qui ne se trouve que dans une pharmacie déterminée et revêtu d'une dénomination spéciale.

Cette rédaction est très dangereuse. Elle ouvre la porte à toutes interprétations possibles pour les tribunaux. « Toute association », voici une formule bien vague, d'autant qu'elle est aggravée par l'adjonction des mots « même de fait ». Il en résulte que toute entente entre médecin et pharmacien devient répréhensible.

Il est vrai qu'il y a une restriction : il faut que cette association aboutisse à l'exploitation combinée du malade. Mais la définition de l'exploitation combinée n'est pas donnée : elle constituera une situation de fait, soumise, pour chaque cas, à l'appréciation du tribunal, ce qui est extrêmement dangereux pour nous.

D'autre part, l'exemple qui est donné comme exploitation combinée peut être compris dans un sens très large. Voici un article-réclame, dans un journal politique, ou dans un organe professionnel, qui recommande telle spécialité, connue sous un nom déterminé et vendue dans telle officine. Cet article tomberait sous le coup, soit de ce paragraphe 7, soit sous celui du § 1, 2e alinéa.

8° *Toute consultation par correspondance, provoquée par l'envoi de questionnaires imprimés à l'avance ou de toute autre façon* ;

Le 8e paragraphe est encore trop général : un docteur en médecine doit pouvoir avoir le droit d'adresser à ses clients des questionnaires pour être renseigné, lorsqu'il ne peut se rendre immédiatement à l'appel de son malade. A la vérité, cette situation se présentera de moins en moins, à la campagne, à cause du téléphone et de l'auto ; mais les médecins ruraux savent que, parfois, ils ne peuvent se rendre le jour même auprès de certains clients éloignés et que, par suite, ils sont dans l'obligation de leur adresser un questionnaire, pour pouvoir leur donner, par correspondance, des conseils en attendant leur visite.

Il est vrai que les rapporteurs ont eu en vue les pratiques coupables de certaines officines médicales louches, dénommées instituts ou autres, qui adressent en province des prospectus, des questionnaires imprimés, sur le vu desquels les « médecins attachés à l'établissement » pourront faire le diagnostic, sans que le malade ait à se déranger.

Pour le 8e paragraphe, nous proposerions la rédaction suivante : « toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, donne par correspondance et d'une manière suivie, des consultations à des malades et leur indique un traitement à suivre ».

Disons enfin que les trois auteurs de la proposition de loi ont été un peu vite dans leur rédaction. Nous lisons : « Art. 16. Exerce illégalement la médecine..... 7° toute association ; 8° toute consultation... ». Ce n'est pas français.

Voici le texte du 9e paragraphe :

9° *Sont considérés comme exerçant illégalement la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, les auteurs d'articles annonces ou réclames faits dans un journal, de brochures, ou prospectus distribués au public d'une façon quelconque, dans lesquels sont décrits les symptômes d'une maladie, sa marche, ses conséquences, sa dénomination, le remède à y apporter et son emploi, comme devant amener la guérison ou une atténuation dans l'état de tout individu qui serait atteint de la maladie décrite, que cette réclame soit faite sous un pseudonyme ou par des personnes non pourvues du diplôme de docteur en médecine, de docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme* ;

Ce paragraphe est la condamnation de ces mille livres de vulgarisation de médecine populaire, qui pullulent. Impossible pour les pharmaciens, ou pour les propriétaires de spécialités, à publicité tapageuse, d'adresser à leur clientèle présente ou future des almanachs contenant nombre de conseils, avec diagnostic et traitement

Evidemment ce ne sera pas un mal que de constater cette disparition.

Mais sera-ce possible ? Nous en doutons.

Que dira l'association de la publicité de la grande presse politique qui vit de cette réclame tapageuse, mais fort lucrative pour les journaux ?

En second lieu, la rédaction de ce 9e § peut englober les articles scientifiques publiés dans nos journaux professionnels. Au point de vue juridique, il ne peut être fait de distinction entre les journaux politiques et les journaux médicaux, de sorte que les auteurs de la proposition de loi ont rédigé un texte dont ils n'ont pas assez mesuré la portée juridique.

Allant plus loin, sont punissables les articles faits sous un pseudonyme ou par des non-diplômés. Or, ces publications, que l'on trouve abondamment dans les journaux non médicaux, ont presque autant d'inconvénients, qu'ils soient faits sous la signature d'un médecin que rédigés par un non-diplômé. Il suffira d'ailleurs de les faire signer par des docteurs en médecine. Par conséquent, ce paragraphe restera lettre morte.

Enfin, est punissable, comme exercice illégal, le fait d'écrire des articles-réclame, alors que jusqu'ici, sous l'empire de la loi de 1892, ces publications ne tombaient pas sous le coup des sanctions légales, comme ne constituant qu'une tentative de délit, et non pas le délit lui-même d'exercice illégal. Ne faut-il pas, en effet, pour que l'acte soit punissable, qu'il ait abouti au traitement suivi des maladies ? Tant qu'il n'y a pas eu traitement effectué d'une manière suivie, toute tentative reste non délictuelle.

Les 10e et 11e paragraphes concernent l'exercice illégal par les ocularistes et les mécaniciens-dentistes.

10° *Toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en médecine, conseillera ou facilitera habituellement le choix des verres convexes, concaves, cylindriques ou sphéro-cylindriques, emploiera ou conseillera des appareils quelconques pour le traitement des affections oculaires ;*

11° *Toute personne qui, non munie du diplôme de docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste, prendra l'empreinte de la bouche, essaiera et posera un appareil dentaire dans la bouche.*

Nous sommes de ceux qui soutiennent que toutes les branches de l'art de guérir devraient être exploitées par des docteurs en médecine et nous ne voyons pas pourquoi un médecin ne s'établirait pas ocularisle, dans une grande ville. Son magasin d'opticien serait sûrement bien achalandé et ce serait avec compétence qu'il pourrait donner des conseils à ses clients qui viendraient choisir chez lui des verres et des lunettes. Ce serait à conseiller à nombre de médecins qui végètent dans beaucoup de villes ou de campagnes.

Quant au 11e, nous ne pouvons pas l'adopter. Comment, moi, docteur en médecine, exerçant à la campagne, je n'aurai pas le droit, si je sais le faire, de prendre une empreinte buccale, de faire faire un dentier à la ville, puis de l'essayer à mon client ? Médecin, j'ai le droit et le devoir de m'occuper aussi bien des dents de mon malade que de tout autre organe. Il faut prévoir les cas fréquents où il n'y a pas de dentiste, à plusieurs kilomètres à la ronde.

Le 12e paragraphe est écrit à l'intention des personnes trop zélées, qui, sous le prétexte de l'urgence, donnent des conseils nuisibles et se livrent à des pratiques regrettables, au lieu de recourir à la science d'un médecin. Il est ainsi conçu :

12° *Toute personne non diplômée ou non visée par les articles 5, 29 et 32 de la présente loi qui, en dehors des cas d'urgence et sans qu'il soit besoin de relever contre elle la circonstance d'habitude, se sera immiscée d'une des façons spécifiées plus haut dans l'exercice de l'art dentaire et des accouchements, sera passible des peines portées aux articles 319 et 320 du code pénal, s'il résulte de ses agissements et de ses conseils un homicide ou des blessures ;*

Le 13e paragraphe n'est qu'une précision des défenses faites au 1er par., 2e alinéa, et au 9e par., de l'article 16. La presse politique a trop intérêt à ménager les bénéfices que lui rapporte sa publicité, pour ne pas obtenir du législateur que ce 13e § ne soit pas pris en considération.

13° *Le fait par un non-diplômé de donner par la voie de la presse, ne fût-ce que par un article isolé, des conseils à une pluralité de lecteurs, constitue, selon les cas, l'exercice habituel de la médecine ou de l'art dentaire, et le fait d'exposer par avance, dans les mêmes conditions, un traitement complet, constitue la direction prévue et punie au premier alinéa du présent article.*

Cet alinéa fait double emploi avec le paragraphe 9 cité plus haut et pourrait être supprimé

Pénalités.

Les pénalités prévues par la proposition de loi sont plus fortes que celles édictées par la loi de 1892.

Art. 18. — Quiconque exerce illégalement la médecine, *l'art dentaire ou l'art des accouchements est puni d'une amende de* 500 *à* 1.000 *fr. et d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois avec affichage à la porte du délinquant et publication du jugement dans les journaux de la région, et, en cas de récidive, d'une amende de* 1.000 *à* 3.000 *fr., et d'un emprisonnement de trois mois à un an avec affichage à la porte du délinquant et publication du jugement dans les journaux.*

L'emprisonnement qui, dans la loi de 1892, n'est prévu qu'en cas de récidive seulement, et n'est que de 6 jours à un mois, est porté de 15 jours à 3 mois pour la première condamnation et de 3 mois à un an, en cas de récidive. De plus, cet emprisonnement n'est pas obligatoire dans la loi de 1892, alors qu'il est prononcé dans tous les cas, dans la proposition de loi.

Une innovation heureuse est la publication du jugement dans les journaux de la région.

Quant à l'article 19, il assimile les propriétaires et directeurs d'établissements où sont données des consultations aux pharmaciens qui doivent être les propriétaires et les gérants de leur officine.

Nous n'apercevons pas l'utilité de ces dispositions.

Art. 19. — *Quiconque, comme propriétaire, directeur d'un établissement où sont données des consultations de médecine, de chirurgie ou d'art dentaire, s'il ne possède tous les titres prévus au paragraphe* 6 *de l'article* 9 *sera condamné à une amende de* 1.000 *à* 3.000 *fr., de quinze jours à trois mois de prison, affichage à la porte du délinquant et publication du jugement dans les journaux, à la fermeture de l'établissement et à l'enlèvement immédiat des enseignes; et en cas de récidive, de* 3.000 *à* 5.000 *fr., de trois mois à un an de prison, à l'affichage à la porte du délinquant et à la publication du jugement dans les journaux.*

Le début de cet article comporte une phrase incomplète. Les auteurs veulent-ils punir l'ouverture ou la gérance d'une maison de santé par des non-diplômés ? Les propositions de loi sont trop hâtives : souvent elles ne sont même pas rédigées en français. Nous en avons une preuve plus haut dans la rédaction de l'art. 16, § 7 et 8.

L'article 20 n'est qu'une aggravation de peines, eu égard aux stipulations de la loi de 1892, pour ceux qui exercent la médecine en usurpant le titre de docteur.

Art. 20 (ancien 19). — L'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire, avec usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, de *docteur en chirurgie dentaire, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme est puni d'une amende de* 1.000 *à* 3.000 *fr., et d'un emprisonnement de six mois à un an, avec affichage et publication du jugement et en cas de récidive d'une amende de* 3.000 *à* 5.000 *fr., et d'un emprisonnement de un an à deux ans avec affichage et publication dans les journaux de la région.*

Une innovation heureuse est celle de l'article 21 :

Art. 21 (anciennement 20). — *Est considéré comme ayant usurpé les titres français de docteur en médecine, de docteur en chirurgie-dentaire, de chirurgien-dentiste ou de dentiste :*

1° *Toute personne qui, exerçant la médecine ou l'art dentaire, aura pris un de ces titres, de façon à faire croire qu'elle en possède le diplôme français ;*

2° *Toute personne titulaire d'un diplôme étranger exerçant la médecine ou l'art dentaire, qui aura pris le titre de docteur sans le faire suivre immédiatement de l'indication, en français, de la faculté étrangère qui aura conféré le diplôme.*

Les personnes visées au paragraphe ci-dessus, seront punies d'une amende de 500 *fr. à* 1.000 *fr. à l'affichage et à la publication du jugement dans les journaux de la région et d'un emprisonnement de six jours à un mois ; en cas de récidive, de* 1.000 *fr. à* 3.000 *fr. d'amende avec affichage et publication du jugement dans les journaux de la région et de un mois à six mois de prison.*

Nous retrouvons d'ailleurs les propositions votées au Congrès de 1906.

En tous cas, remarquons qu'avec notre législation actuelle, l'usurpation du titre de docteur en médecine n'est punissable que si elle s'accompagne d'exercice illégal. Désormais, quiconque crée une confusion est punissable de peines.

L'article 22 est également emprunté au Congrès de 1906.

Art. 22 (nouveau). — *Toute personne qui apposera ou qui fera apposer dans un lieu public des affiches ou fera distribuer des prospectus promettant la guérison d'une maladie dans des conditions manifestement chimériques, sera passible d'une amende de* 500 *à* 1.000 *fr.*

La présente disposition s'applique à tous les auteurs d'affiches ou de prospectus, qu'ils soient diplômés ou non, qu'ils s'abritent sous un pseudonyme ou sous l'anonymat ou qu'ils se fassent connaître au public sous leur nom véritable.

L'apposition de ces affiches est interdite dans ou sur tous les monuments publics.

Nous ne reprochons qu'une seule chose ; ce sont les mots « manifestement chimériques ». Cette preuve sera bien difficile à apporter. Où finit la chimère permise, nécessaire pour donner confiance à ceux qui sont condamnés par la science mais que l'humanité oblige à réconforter et à leurrer ? Où commence la chimère, uniquement basée sur le désir de lucre au détriment de l'individu malade ?

Diplômés ou non diplômés sont également passibles des mêmes peines, en vertu de cet article.

Au reste, nous ne voyons pas l'utilité de ce 22e article ; les faits de publicité qu'il doit punir rentrent dans la catégorie des § § 9 et 13 de l'article 16 et par suite les pénalités prévues par l'article 18 leur sont applicables.

Exercice irrégulier de la médecine.

Certaines personnes peuvent exercer irrégulièrement la médecine : les actes thérapeutiques qu'elles accomplissent ne constituent pas à proprement parler l'exercice illégal de la médecine, car ce sont ou des étudiants en médecine ou des médecins diplômés à l'étranger qui exercent notre art en France.

La proposition de loi qui nous occupe vise, par son article 5, les médecins étrangers.

Art. 5. — Les médecins, *les docteurs ou chirurgie dentaire*, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France *que s'ils sont Français ou naturalisés*, qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine,*de docteur en chirurgie dentaire*, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme et en se conformant aux dispositions prévues par les articles précédents.

Exception est faite pour les médecins, docteurs en chirurgie dentaire, chirurgiens dentistes et sages-femmes, résidant à la frontière, qui pourront exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements, dans les communes françaises limitrophes, nominativement désignées dans les conditions de réciprocité qui seront réglées par des conventions diplomatiques.

Nul ne pourra exercer la médecine, l'art dentaire ou l'art des accouchements en France, en vertu du paragraphe précédent, s'il n'a au préalable fait enregistrer son diplôme à la préfecture du département dans lequel il se propose d'exercer.

L'enregistrement d'un diplôme ne peut avoir lieu qu'en présence de deux témoins certifiant l'identité du titulaire.

Aucune dispense de scolarité ou d'examen ne sera accordée.

Nous devons faire une distinction : entre les étrangers qui viennent en France faire leur scolarité, ceux qui déjà diplômés à l'étranger veulent exercer chez nous ; enfin les médecins étrangers-frontière.

Pour les premiers, qui viennent faire leur scolarité en France, rien n'est changé. Ils doivent obtenir, comme les Français, le diplôme d'Etat (art. 1er).

Mais, pour les médecins déjà diplômés à l'étranger, la situation est plus dure : ils doivent refaire toutes leurs études, puisqu'ils doivent obtenir le diplôme français, pour lequel aucune dispense de scolarité ou d'examen ne sera accordée ; de plus, ils doivent devenir Français, par la naturalisation (art. 5).

La même rigueur frappe les Français ayant fait leurs études médicales à l'étranger.

Nous avouons ne pas comprendre pourquoi les auteurs de la proposition de loi se montrent aussi sévères pour les diplômés étrangers, en les obligeant à se faire naturaliser, alors que l'étudiant étranger qui vient faire sa scolarité en France n'aura pas la même obligation de naturalisation, lorsqu'ayant obtenu son diplôme d'Etat, il voudra rester chez nous pour exercer la profession.

Au reste, pour tourner cette disposition légale, il suffira que le docteur étranger, au moment de son immatriculation à la faculté de médecine, ne fasse pas savoir qu'il est déjà diplômé étranger ; dans ces conditions, il n'aura pas besoin de se faire naturaliser lorsqu'il sera de nouveau reçu docteur, puisqu'il jouira du bénéfice de l'article 1er de la présente loi, qui ne nécessite pas la qualité de Français pour exercer la médecine en France.

Les médecins résidant à la frontière ne voient pas changer leur situation actuelle. La loi proposée ne fait que consacrer les conventions diplomatiques qui existent actuellement, notamment avec la Belgique et la Suisse.

Mais le médecin étranger-frontière devra faire enregistrer son diplôme à la préfecture, accompagné de deux témoins, certifiant son identité.

Bonne précaution, en théorie ; mais combien illusoire, en pratique. Nul n'ignore qu'il y a aux alentours des mairies des gens qui font le métier de servir de témoins, moyennant une faible rétribution

Notons, en passant, une anomalie de la proposition de loi. L'article 9 prévoit l'obligation, pour tout docteur en médecine français de faire enregistrer son diplôme, préalablement à son installation. Mais, si ce médecin français veut porter son domicile dans un autre département, il est traité comme un étranger, c'est-à-dire doit faire enregistrer son diplôme selon les prescriptions de l'article 5, autrement dit, il devra se faire accompagner de deux témoins. Rigueur bien inutile et bizarre.

Les étudiants en médecine sont appelés à faire des remplacements.

Les seules modifications proposées à la loi actuelle sont au nombre de deux : en cas d'urgence, la déclaration au préfet suffira, en attendant l'autorisation. C'est, somme toute, la consécration de ce qui se passe en fait, à l'heure actuelle.

En second lieu, les étudiants n'ayant accompli aucun acte de scolarité depuis plus de quatre ans ne pourront être autorisés à faire des remplacements.

Pour terminer cette étude critique des articles de cette proposition de loi, relatifs à l'exercice illégal, signalons l'innovation apportée dans la rédaction de l'article 13. Après avoir reconnu aux médecins le droit de se réunir en Syndicat, les auteurs du projet ajoutent :

Les associations syndicales seront dans tous les cas admises à poursuivre directement devant les tribunaux répressifs les cas d'exercice illégal de la médecine, de l'art dentaire ou des accouchements et seront toujours recevables à se porter partie civile dans les poursuites engagées par le ministère public, lorsque ce cas d'exercice illégal porte une atteinte directe ou indirecte aux intérêts généraux, moraux ou matériels, sans distinction, de ces associations syndicales ou de certains des membres qui les composent.

Cet article généralise le droit d'action du Syndicat. Pendant longtemps, la chambre criminelle de la Cour de Cassation ne voulait reconnaître ce droit de poursuite qu'autant que les pratiques illégales avaient porté atteinte aux droits, non pas de quelques membres du Syndicat poursuivant, mais à l'ensemble des syndiqués. Il fallait prouver qu'il existait un intérêt général collectif, distinct de l'intérêt de chacun des syndiqués, formé de la somme de ces intérêts particuliers.

A la vérité, l'arrêt rendu le 5 avril 1913, par la Cour de Cassation, toutes chambres réunies, a étendu considérablement le droit d'action des Syndicats, en leur reconnaissant la faculté de défendre l'intérêt collectif de la profession, envisagée dans son ensemble et représentée par le Syndicat

Conclusions.

Félicitons les auteurs de cette proposition de loi de leur idée généreuse — mise à part la création de docteurs en chirurgie dentaire, à laquelle nous ne saurions souscrire, — d'avoir voulu essayer de protéger la santé publique, en rendant plus efficaces et plus faciles les poursuites contre les illégaux.

Mais ne nous berçons pas d'illusions. Cette proposition de loi va tomber en même temps que disparaît la législature actuelle. Il faudra, pour la faire revivre qu'un ou plusieurs députés la reprennent lorsque la Chambre aura été réélue.

Puis, que restera-t-il de ces beaux projets, après que cette proposition de loi aura été faire un stage dans les Commissions, puis sera venue en discussion au Palais-Bourbon, enfin au Sénat ?

Les illégaux ont encore de beaux jours ; ils trompent ouvertement le public, mais celui-ci en-

tend être trompé : il ne veut pas qu'on le réveille dans sa croyance du surnaturel, du don, etc. La meilleure preuve, c'est que beaucoup de magistrats, hommes instruits, ont foi dans le pouvoir des illégaux ; ils croient que certains peuvent connaître l'art de guérir sans passer par la faculté de médecine. La preuve ? C'est qu'ils ne condamnent pas souvent et acceptent trop facilement une excuse juridique présentée par la défense, pour absoudre ces bienfaiteurs de l'humanité.

Et les mutualistes osent prétendre que les médecins ont le monopole légal pour soigner les malades. La plaisanterie est bonne.

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les errements des Sociétés de secours mutuels

Par M. A. Weber. (*Suite et fin.*) (1).

Conclusions

Conclusions. — Proudhon déclarait que la vraie Mutualité, c'est celle qui « donne service « pour service, crédit pour crédit, garantie pour « garantie, valeur pour valeur ; qui, substituant « partout un droit vigoureux à une charité lan« guissante, écartant toute possibilité d'agiotage, « rendant le risque commun, tend systématique« ment à organiser le principe même de la justice ».

Voilà la chose. Les Sociétés de Secours Mutuels s'y conforment-elles ? Certainement non !

Ces sociétés de Secours ne reposent sur aucune base scientifique. — Ces groupes, minuscules pour la plupart, et dont la densité va sans cesse en décroissant, ne satisfont aucunement à la loi fondamentale des Grands Nombres ; les plus élémentaires prescriptions de la science actuarielle, très justement imposées aux moindres Sociétés de Prévoyance, sont totalement inconnues d'eux ; l'effort personnel consenti par les contractants étant notoirement insuffisant, l'œuvre ne peut vivre que par un apport, de plus en plus considérable et de plus en plus âprement sollicité, de la bienfaisance privée ou publique ; les dépenses de gestion sont exagérées et dépassent de beaucoup celles de la plupart des Entreprises d'Assurances dites à forme mutuelle.

Ces groupements ne satisfont donc à aucune des conditions essentielles qui caractérisent la Mutualité rationnellement comprise. Pourquoi dès lors, seraient-ils réputés plus « purement mutualistes » que ne le sont maintes Sociétés, composées de gens qui se réunissent dans un but d'épargne ou de prévoyance, plus nombreuses, plus indépendantes, gérées plus économiquement, recevant de leurs membres des cotisations plus importantes?

Pourquoi considérer ces Sociétés de « Prévoyance subsidiée » comme le criterium de la Mutualité française, comme les seules « Mutualités pures » — puisqu'il existe, paraît-il, des Mutualités impures, ou, comme dit le Ministre, des « pseudo-mutualités » ?

S'il n'y avait d'ailleurs qu'un conflit d'expressions, le mal ne serait pas grand et nous ne nous attarderions pas à proclamer que « Mutualité veut dire réciprocité et non pas fraternité ni charité » (1). Mais, hélas ! en habituant un grand nombre de prévoyants à accepter, plus ou moins discrètement, l'aide et l'intervention du voisin dans leurs propres affaires, on les a éloignés d'une saine et noble conception. On leur a désappris que l'effort de chacun doit toujours être équivalent au résultat ambitionné. On les a, pour tout dire, absolument dévoyés — et cela s'est même fait un peu à leur insu, car, pendant qu'on faisait miroiter à leurs yeux les avantages que procure la chose, on a totalement oublié de leur indiquer exactement la grandeur des devoirs qu'elle impose !

Ayons donc le courage d'en convenir : une confusion fondamentale plane sur la qualification comme sur la conception de toutes les Sociétés Françaises dites de Secours Mutuels. Tandis que leur dénomination laisse croire qu'il ne s'agit, en l'espèce, que de secours réciproques entre travailleurs solidaires (mutuum signifie : prêt, échange), on doit reconnaître, à l'examen de chacun de ces groupements, qu'ils sont, en réalité — à des degrés divers, certes, mais sans aucune exception — des œuvres d'assistance et de bienfaisance. Si bien qu'un mutualiste éprouvé, M. Arboux, a pu avec quelque justice railler leur rôle en disant qu'il se ramenait uniquement « à déposer quelques sous dans une tirelire et « aller recueillir à la ronde un supplément dû à « la générosité des membres honoraires » (2).

Mais alors, il importe de ne pas se laisser halluciner par le « mot », de ne pas accepter comme parfait tout ce qui est accompli sous son couvert et de ne pas faire de la Mutualité-Maladie une sorte d'arche sainte hors de laquelle il n'est point de salut ! A la vérité, s'il faut distinguer des Mutualités « pures » et des « pseudo-mutualités », ce classement doit être fait, non pas en s'inspirant d'une sentimentalité d'origine politique, mais seulement en tenant compte de la rationnalité des Institutions. Et alors, dans quel groupe

(1) Voir *Concours Médical*, nos 16, 17 et 18.

(1) Voir Rapport du Jury international de l'Exposition de 1889 Ec. Soc. page 376.

(2) Arboux, Histoire de 16 ans, page 12.

devrait-on, en toute justice, classer les Sociétés de Secours ?...

La tâche à accomplir. — Qu'on ne s'y trompe pas : nonobstant toutes nos observations, nous sommes profondément persuadé que ces Œuvres peuvent rendre d'immenses services. Si nous jugeons défectueuses les méthodes suivies, nous sommes résolument partisan du Principe. L'éducation sociale de l'individu n'est point encore assez avancée pour que l'on ne doive pas encourager et aider puissamment toutes les Institutions destinées à parer aux conséquences des crises inévitables : la maladie, la vieillesse et la mort.

Mais quand on remarque chez une personne qui vous est chère les stigmates d'un mal profond — capable, si elle n'y prend garde, de la terrasser et cependant susceptible d'être encore guéri — le devoir n'est pas de lui dissimuler la gravité de son cas, mais tout au contraire de lui indiquer les remèdes à suivre et, s'il est nécessaire, de la violenter un peu pour les lui appliquer.

Or, il importe absolument pour la prospérité de la Mutualité de remonter le courant actuel. L'effort à faire dans ce but sera certes considérable,car l'homme se range volontiers aux arguments qu'on lui donne pour l'inciter au moindre effort, mais lorsqu'il faut, plus tard, lui faire entendre raison, il s'embusque derrière les habitudes prises et, pour résister, s'arme des théories spécieuses dont on l'avait bercé.

Cependant, si les mirages peuvent être bons pour attirer les foules, un moment vient où il est indispensable de mettre ces dernières en présence des réalités.

Jusqu'à présent la Mutualité a été une croyance répandue par des apôtres et non pas une connaissance propagée par des théoriciens avisés — et comme l'a dit si justement Gustave Lebon : « La connaissance établit des vérités et la croyance incarne des désirs ». Eh bien, il importe de ne plus considérer la Mutualité comme une sorte de pierre philosophale douée de vertus merveilleuses pour la guérison d'un certain nombre de misères humaines, mais de lui faire rendre, par des moyens scientifiques, les services qu'on peut attendre d'elle — qui sont grands, mais qui ne sont ni gratuits ni infinis.

Est-il dès lors plus belle tâche pour un Ministre qui s'affirme résolu aux initiatives, que de remplacer les flagorneries prodiguées aux masses mutualistes, par une réglementation nécessaire des œuvres existantes ? Est-il plus noble but que de placer enfin le problème mutualiste sur son véritable terrain économique et le soustraire à l'emprise politique qui l'a faussé jusqu'à ce jour?

Le moment nous semble venu de départager l'importante clientèle des Sociétés actuelles en deux groupes bien distincts : celui des *prévoyants subsidiés* et celui des *mutualistes réels*.

Les subsidiés, incapables de faire un effort suffisant, quoique modeste, pour être les seuls ouvriers de leur sécurité, seront sciemment agrégés à des Sociétés participant à la générosité privée ou publique. Ils sauront qu'on aura ainsi créé, à leur profit, une sorte d'assistance au second degré où leur dignité se trouvera sauvegardée puisqu'ils auront contribué, dans la limite maxima de leurs disponibilités, aux mesures de précaution qui les empêcheront de devenir, du jour au lendemain, une charge pour leurs concitoyens. Et, à côté des ces groupes assistés, grandiront, prospères, les vraies Mutualités, formées de groupements considérables, absolument indépendants, détachés de toutes coteries, dégagés de toutes obligations vis-à-vis des tiers, rationnellement et scientifiquement organisés, forts et puissants par eux-mêmes.

C'est là, il nous semble, la tâche qui, en ces matières, doit retenir tout d'abord l'attention des pouvoirs publics. Elle présente, dans tous les cas, plus d'urgence et plus d'intérêt que de subtiles *distinguo* sur des questions d'étiquetage et de qualification....

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Défense faite aux experts par M. le Directeur général de l'A. P. de Paris, de prendre les blessés comme sujets d'étude devant leurs élèves

Après l'accidenté — « cobaye de laboratoire, (*Concours Médical*, 1914, page XIX : 627) », « chair à bistouri (*Concours Médical*, 1914, page 1027) » — voici le blessé du travail, soumis à la loi de 1898, qui est transformé par Messieurs les experts en *sujet de démonstration pour leurs élèves*.

Certains experts ont l'habitude de convoquer les blessés du travail, à l'hôpital : là, personnel et matériel de l'Assistance Publique sont à leur service, pour les expertises. Il est naturellement plus économique pour eux d'agir ainsi : les frais d'achat d'appareils, les appointements d'un secrétaire, appareils et secrétaire utiles pour l'exercice de cette profession médico-légale, sont supprimés.

Ils vont plus loin. Ils se servent des blessés du travail, ainsi convoqués à l'hôpital, pour les prendre comme *sujets de clinique*.

Or, nous allons prouver que les expertises faites dans ces conditions à l'hôpital ont de multiples inconvénients.

1° Apprendre au blessé le chemin de l'hôpital alors qu'il devrait suivre le chemin qui conduit au médecin de sa famille.

De ce fait, il y a dommage :

a) Pour le médecin de quartier qui paye patente et qui est frustré.

b) Pour l'A. P., qui paye les frais d'un examen dont les riches Compagnies d'assurances exigent le montant sous forme de primes, vis-à-vis des industriels responsables aux termes de la loi de 1898.

c) Si l'on peut admettre qu'un indigent hospitalisé et soigné gratuitement par l'A. P. soit un sujet d'étude pour les médecins et ses élèves et paye ainsi l'A. P. en prêtant son corps aux examens qu'on lui fait subir, nous demandons de quel droit ce paiement en nature serait exigé d'un blessé qui a été soigné à son domicile ou dans le cabinet du médecin qu'il a librement choisi !

Nous savons bien que quelques experts ont la mauvaise habitude de convoquer les blessés à l'hôpital en vue d'une expertise. Ils invoquent une circulaire de M. le Garde des Sceaux du 25 juillet 1910 et dont nous extrayons le passage qui les concernent ;

« Certes, on ne peut faire grief à un médecin ou « chirurgien de convoquer un blessé dans son cabinet à l'hôpital, plutôt que dans son salon de « consultation à son domicile particulier : l'examen de la victime pourra ainsi être plus commodément pratiqué. On comprend encore que « l'expert se fasse assister de 2 ou 3 élèves qui « prennent des notes sous sa dictée en vue de la « rédaction du rapport, manœuvrent les appareils ou procèdent sous sa direction à un examen radiographique, etc. » Mais nous ne voyons pas que ce texte leur donne le droit de profiter de la présence de ce blessé pour faire sur son cas une leçon à leurs élèves.

En effet, le Garde des sceaux s'empresse d'ajouter : « Mais ce que l'on ne saurait admettre c'est que les experts examinent durant « leurs cours, devant de nombreux auditeurs, « les blessés soumis à une expertise et fassent de « celle-ci l'objet d'une conférence publique ».

En résumé : 1° il est défendu par le Garde des Sceaux, à tout expert, de faire servir les blessés à un sujet de clinique ;

2° Le garde des sceaux, pour ce qui le concerne, tolère qu'un expert convoque un blessé, à l'hôpital.

Nous comprenons très bien que M. le Ministre de la Justice accepte *avec plaisir* que les expertises soient faites à l'hôpital. En effet, ne l'oublions pas, il y a un *budget national de l'Assistance judiciaire*, et un *budget départemental de l'A. P., à Paris*. Les deux budgets sont distincts et par leur origine et par leur destination. Le premier est « national », le second « départemental ». Le premier est pour secourir les indigents qui ont maille à partir avec Dame Justice. Le second est pour hospitaliser les miséreux que la maladie chasse de leurs taudis. En bon gérant des deniers de l'Assistance Judiciaire, le Garde des Sceaux est enchanté de voir que certains frais qui incombent à l'A. J., sont illégalement et volontairement supportés par l'A. P.

Mais quelles sont donc ces dépenses, nous objecterez-vous ?

Quand un expert examine un blessé, il a, comme le reconnaît M. le Garde des sceaux, à son service, une partie du personnel et des appareils de l'A. P. Mais les appareils de l'A. P., comme les nôtres, j'imagine, se détériorent par l'usage. Donc, de ce chef usure des appareils, première source de dépenses. Mais, pendant le temps que dure l'expertise, — de 1/2 heure à plusieurs heures — le personnel infirmier qui est payé par l'A. P. pour donner *tout son temps* aux indigents, dérobe à ces mêmes indigents, le temps qu'il passe à servir M. l'expert ! (Nous ne parlons pas ici, ni de l'interne, ni de l'externe, qui, une fois leur service assuré, sont parfaitement libres de servir M. l'expert.)

Admettons que ce personnel infirmier ne perde qu'une heure à chaque expertise. Admettons qu'il y ait en moyenne 10 expertises par jour dans les hôpitaux, voilà donc 10 heures par jour, c'est-à-dire, une journée complète d'infirmier payé par l'*A. P.* pour un travail qui devrait être rémunéré par l'*A. J.* ! Or, nous sommes au-dessous de la réalité en admettant qu'un infirmier coûte (traitement et nourriture) 1.800 fr. par an à l'A. P. Et comme voici 15 ans qu'un pareil état de choses dure ! Une simple opération nous montre que « 27.000 fr. » ont été ainsi détournés par M. le Ministre de la Justice, au détriment de l'Assistance publique et grâce à la tolérance du directeur de l'A. P.

Admettons que, pour *toute la province*, une somme égale ait été dépensée : voilà donc 54.000 *fr.* (c'est un joli denier) dont les indigents ont été frustrés, pour le côté *maladie* au bénéfice du côté *assistance judiciaire*.

Nous ne pouvons que féliciter M. le Ministre de la Justice de gérer aussi habilement le budget à lui confié. Par contre, nous devons, *dans la même mesure*, manifester notre étonnement de voir M. le Directeur de l'A. P., à Paris, sacrifier ainsi plus de 25.000 fr., du bien des pauvres !

Nous croyons savoir du reste qu'il est dans l'intention de plusieurs conseillers généraux de poser à M. Mesureur une question à ce sujet.

Voici un cas particulier qui justifie ces protestations : un ouvrier du Parc Saint-Maur avait été convoqué par un médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté ; la convocation était adressée pour se rendre à un hôpital où l'expertise devait avoir lieu. Le Professeur, malgré les ordres formels de M. le Garde des Sceaux (ordres que nous venons de citer) aurait pris cette victime d'un accident du travail comme sujet d'une le-

çon faite devant un auditoire d'élèves. C'est au moins ce qu'affirme l'ouvrier. Le médecin de la famille du blessé, qui reçut les plaintes de son client, rapporta le fait à M. le Député Thomas; celui-ci adressa une protestation à M. Mesureur, et voici la réponse qu'y fit le Directeur de l'A. P.

Dr DIVERNERESSE.

CHAMBRE
DES DÉPUTÉS

Paris, le 22 mai 1913.

Monsieur le Dr Lebailly,

Ainsi que je vous l'avais promis, j'ai saisi le Directeur de l'Assistance publique du cas de M. G. Vous trouverez ci-joint copie de la lettre que je reçois de l'administration ; cette copie ne contient pas le nom de M. G. car j'ai fait tirer différents exemplaires de cette lettre que je destine à la presse locale.

Si le Directeur de l'Assistance publique, comme il me le déclare, donne des instructions aux membres du Corps médical pour que les expertises en matière d'accidents du travail se fassent d'une manière plus régulière pour les ouvriers, ce seront des garanties supplémentaires qu'ils devront à votre intervention. Mais je n'oublie pas le cas spécial de M. G. ; si vous jugez utile pour lui une intervention, prévenez-moi, je ferai tout mon possible pour l'aider.

Croyez, cher Monsieur, à mes sentiments bien dévoués.

Albert THOMAS.

A M. le Dr Diverneresse, St-Mandé (Seine).

Mon cher confrère,

J'ai regretté votre absence hier à la Commission. Mon accidenté a été examiné deux fois par le Dr Bonhomme qui a conclu à l'hystéro-traumatisme, et comme conséquence, la Commission n'a pas voulu engager sa signature. Le cas est malheureux, car cet accidenté ne peut travailler et quand travaillera-t-il ? ?

Il a été traité 3 *fois par semaine, pendant* 4 *mois* chez le Dr Babinski.

L'hystéro-traumatisme et la hernie feront couler encore bien des litres d'encre.

Je viens de retrouver le pli concernant les mesures prises par le Directeur de l'A. P. pour empêcher l'examen des accidentés dans les hôpitaux. Je vous l'adresse ci-inclus.

Agréez, mon cher confrère, mes civilités sympathiques.

Dr L. LEBAILLY.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Paris, le 19 mai 1913.

Monsieur le Député,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 4 mai courant dans laquelle vous me signalez que M. G. demeurant à St-Maur, victime d'un accident du travail, aurait été examiné par le médecin des hôpitaux commis par le Tribunal en qualité d'expert, dans son service hospitalier et en présence d'un grand nombre d'élèves ; et vous m'avez, d'autre part, exprimé votre étonnement qu'une expertise puisse servir d'objet à une leçon clinique, cette façon de faire ne donnant pas aux accidentés du travail toutes les garanties qu'ils sont en droit d'attendre.

Je partage absolument votre manière de voir à ce sujet et si mon administration ne s'est pas encore occupée de ce côté spécial de la question si intéressante des expertises médicales en matière d'accidents du travail, c'est qu'aucun fait semblable ne lui a été signalé. Je suis persuadé en effet qu'il s'agit là d'un cas isolé, et qui ne répond en aucune façon au mode de procéder habituel des médecins des hôpitaux.

Je viens néanmoins d'inviter les Directeurs des hôpitaux à signaler aux membres du Corps médical hospitalier les inconvénients qui résulteraient pour les accidentés du travail d'un examen devant de nombreux auditeurs, et à leur rappeler qu'en aucun cas une expertise médicale ne doit faire l'objet d'une conférence publique.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'assurance de ma haute considération.

Signé : MESUREUR.

CHRONIQUE SYNDICALE

Les syndicats de sages-femmes.

Nos lecteurs ont apprécié en leur temps (*Concours médical*, 1912, p. 1909) les résultats obtenus par le Syndicat du Louhannais, pour la création d'un Syndicat de sages-femmes, en Saône-et-Loire.

Deux documents viennent aujourd'hui nous remémorer ce geste corporatif.

C'est, d'une part, l'article suivant que nous découpons dans la Revue professionnelle des sages-femmes, et dû à notre confrère le Dr Hubert Legrand, d'autre part, c'est une coupure que nous transmet l'ami Decourt.

Nous donnons ces documents l'un après l'autre.

Misères de sages-femmes.

Je voudrais pouvoir mettre sous les yeux de toutes les sages-femmes quelques-unes des lettres navrantes que nous recevons fréquemment, et dans lesquelles des sages-femmes viennent nous exposer leur détresse et nous demander un peu d'aide pour sortir de la situation pénible dans laquelle elles se débattent.

Ah ! quelles tristes histoires nous avons lues ainsi, quelles misères profondes nous ont été révélées, quelles lugubres situations nous ont été confiées ! Assurément, si l'on pouvait faire lire ces confidences

aux jeunes filles qui se destinent à être sages-femmes, beaucoup d'entre elles hésiteraient à embrasser cette profession, beaucoup reculeraient devant les tribulations entrevues.

Parmi nos correspondantes, les unes ne gagnent pas suffisamment pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille, et demandent qu'on leur trouve soit une autre clientèle, soit même une situation quelconque leur permettant de gagner leur vie. D'autres sont frappées par des revers passagers, et auraient besoin qu'on leur tendît la main pour traverser une période difficile.

D'autres encore sont atteintes par la maladie, ou par des infirmités qui les empêchent de continuer à exercer leur profession, et elles demandent qu'on leur trouve une autre occupation.

Hélas ! il faut l'avouer, nous sommes trop souvent impuissants, malgré toute notre bonne volonté, à leur venir en aide, parce que nous ne connaissons pas de situation à leur proposer, et parce qu'il n'existe pas de Société assez puissante pour donner des secours à toutes celles qui en auraient besoin.

Et pourtant, il serait possible à la plupart de se prémunir contre ces vicissitudes. Il leur faudrait penser à l'avenir, se rappeler, quand elles réussissent, que l'adversité peut s'abattre sur elles au moment où elles s'y attendront le moins, et par suite être prévoyantes, c'est-à-dire adhérer aux Sociétés qui, le cas échéant, seraient à même de leur venir en aide.

Ces Sociétés, il y en a principalement deux. L'une donne des secours en cours de maladie : c'est l'Association de Secours Mutuels des Sages-femmes de France, qui, pour une cotisation de 3 francs par mois, donne 3 francs par jour en cas de maladie. L'autre, la Caisse de Retraites, permet de se créer une retraite à 55 ou à 60 ans. Ces deux groupements garantissent donc contre les deux grands risques de l'existence : la maladie, qui empêche momentanément de gagner sa vie ; la vieillesse, qui oblige à cesser de travailler. Aussi toutes les sages-femmes devraient-elles en faire partie.

Puisqu'il ne m'est pas possible de mettre sous les yeux de mes lectrices toutes les lettres dont j'ai parlé, je veux du moins leur conter la plus récente de ces histoires. C'est celle d'une sage-femme exerçant à la campagne, âgée de 47 ans, et qui a été atteinte d'une première attaque en septembre 1912, et d'une deuxième en décembre 1913. Elle se trouve maintenant dans un état tel qu'elle est obligée de cesser d'exercer sa profession, et de céder sa clientèle. Abandonnée il y a quelques années, sans ressources, par un mari peu intéressant, elle s'était remise vaillamment au travail, et, bien qu'ayant son vieux père à sa charge, elle commençait à épargner quelque peu pour sa vieillesse, quand la maladie est venue subitement fondre sur elle, et la mettre dans la situation la plus critique.

Inutile de vous dire que cette malheureuse sage-femme est désemparée, et demande de divers côtés un moyen de gagner sa vie. Ces renseignements, qui sont tout à son honneur, nous les tenons non pas de l'intéressée elle-même, mais d'une de ses consœurs, qui s'intéresse vivement à son triste sort.

Et pourtant, celle-là, n'est pas une imprévoyante, car elle fait partie de la Caisse de Retraites, et nous espérons bien qu'on pourra lui trouver un moyen de sortir d'embarras.

J'ai voulu citer cet exemple, parce qu'il montre clairement qu'il faut toujours craindre la venue des mauvais jours, et parce que j'espère qu'il fera réfléchir les sages-femmes, et les décidera à faire partie des deux groupements dont j'ai parlé plus haut, pour se préserver des vicissitudes de la vie.

Dr Hubert Legrand.

Tarif de sages-femmes.

Vous avez publié dans le *Concours médical* (1), le tarif nouvellement élaboré par le Syndicat des sages-femmes du Loiret,

N'est-il pas intéressant et instructif pour nos confrères praticiens d'examiner avec soin ce Tarif qui montre que les sages-femmes du Loiret (si elles s'y conforment) n'attachent par leurs chiens avec des saucisses ?

La dernière ligne me laisse rêveur. « Tarif des consultations : 2, 3 et 5 francs. » Cent sous pour une consultation.... à ce prix, je connais certains docteurs en médecine de province — du Loiret ou d'ailleurs — qui échangeraient avec profit leur titre contre celui de sage-femme.

En tous cas, on ne peut que féliciter les sages-femmes du Loiret d'avoir établi ces prix rémunérateurs et avec une énergie féminine qui serait souhaitable dans nos groupements où la barbe domine.

Ne serait-il pas indiscret — et dangereux pour le prestige du Corps médical — de demander aux confrères du Loiret de vouloir bien nous donner, à leur tour, le tarif « adopté par les docteurs en médecine du Loiret », pour les interventions prévues et détaillées dans le tableau ci-dessus ?

Dr Fernand Decourt.

Quel rapprochement à faire ! D'une part, c'est un chaleureux appel à la solidarité, pour secourir les infortunes et leur assurer le repos et la tranquillité.

De l'autre côté, c'est l'organisation corporative pour faire de la prophylaxie contre la misère. Si les sages-femmes gagnent des honoraires plus élevés, elles pourront mieux vivre et surtout organiser des œuvres de prévoyance, avec des cotisations suffisantes pour assurer à chaque adhérente des secours en cas de maladie et un repos, au moment de la vieillesse.

Nous estimons qu'il est du devoir des Syndicats

(1) Voir sur le même sujet : *Concours Médical* 1914, N° 17, p. 1151.

médicaux d'aider les collaboratrices du Corps médical à s'organiser en Syndicats.

Les deux professions y gagneront, car médecins et accoucheuses ont de nombreux points de contact, en clientèle.

L'exercice illégal sera plus facilement réprimé, car la sage-femme, aidée par le praticien et gagnant mieux sa vie, ne se souciera plus de tomber sous le coup de la loi du 30 nov. 1892, ou sous celui des sanctions syndicales.

Les parturientes seront mieux soignées et n'auront plus à pâtir de l'excès de zèle des accoucheuses, sans compter que, grâce aux deux Syndicats (médecins et sages-femmes), nous verrons la disparition de ces matrones, qui font tant de victimes dans les campagnes.

Dr Paul Boudin.

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

Questions et Réponses.

M. Brager de la Ville-Moysan, sénateur, demande à M. le ministre de l'intérieur si l'engagement formel exigé des candidats aux fonctions d'inspecteurs départementaux des services de protection de la santé publique, de se consacrer exclusivement, s'ils sont nommés, à leurs fonctions, de cesser toute clientèle, et de renoncer par conséquent à toute autre fonction publique, permet à un inspecteur titulaire de ces services de prendre part au concours de professeur suppléant à l'école de médecine ? Si cet inspecteur subissait avec succès ce concours, pourrait-il cumuler les deux fonctions ?

Réponse.

En raison du caractère facultatif des inspections départementales d'hygiène susceptibles d'être instituées par application de l'article 19 de la loi du 15 février 1902, il appartient aux conseils généraux et aux préfets de déterminer les conditions de concours applicables, le cas échéant, aux candidats. Si l'une de ces conditions comporte, comme dans l'espèce envisagée, l'engagement de ne remplir aucune fonction ou profession étrangère à l'inspection confiée, il n'est pas douteux que cette clause ne puisse être modifiée après coup, même d'un commun accord entre l'administration préfectorale et le titulaire, sans porter atteinte rétroactivement aux droits des tiers dont les candidatures se seraient trouvées écartées par le seul fait qu'ils ne pouvaient prendre ou tenir semblable engagement.

***

MM. Peyroux, Leblond et Joseph Denais ont déposé une proposition de loi tendant à accorder aux veuves et orphelins des médecins militaires, succombant par suite d'une maladie épidémique, ou contagieuse contractée dans un service d'hôpital ou d'ambulance, les mêmes pensions et secours que si la mort avait été causée par des événements de guerre.

La commission des pensions civiles et militaires accepte cette proposition et en étend le bénéfice aux veuves et orphelins des infirmiers militaires et des médecins et infirmiers de la marine et des colonies. Notre honorable collègue, M. Marquet, fait ressortir, dans son rapport, les raisons de justice qui ont amené la décision de la commission.

M. le Ministre des finances s'est rendu compte que les charges nouvelles seront peu élevées, et a donné son adhésion.

La commission du budget s'associe volontiers à la pensée généreuse dont s'inspirent la proposition et les modifications apportées par la commission des pensions

En conséquence, elle émet un avis favorable.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Archives du « Sou Médical »

Compétence du juge de paix en matière d'honoraires accidents.

Toutes les contestations relatives aux frais médicaux pour soins donnés à la victime d'un accident du travail, qu'elles s'élèvent entre la victime elle-même et le chef d'entreprise ou que ce dernier soit poursuivi en recouvrement de frais quelconques de maladie et de quelque façon que s'engage l'instance, sont jugées par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit.

TRIBUNAL DE PAIX DE RIVE-DE-GIER (Loire)

Jugement du 8 novembre 1912.

Attendu que par jugement de défaut du 1er oct. 1912, le Tribunal de céans a condamné MM. P. et R. à payer à M. le Dr Douvre la somme de 52 frs pour soins à l'ouvrier F. blessé au cours de son travail le 8 mai 1912 à la mine de M., et aux frais de l'instance ; attendu que par exploit de Me Gardin, huissier à Rive-de-Gier, en date du 18 octobre dernier, enregistré, MM. P. et R. ont formé opposition audit jugement de défaut du 4 octobre dernier pour les motifs suivants : que nous étions incompétents pour connaître de la demande de M. Douvre, le siège social de leur société étant à Lyon et qu'ils ne doivent pas la somme réclamée ;

Attendu que par des conclusions écrites dévelop-

pées oralement à la barre par Me Falconnet, avocat près la cour d'Appel de Lyon, de M. P. et R. il a été conclu : qu'aux termes de l'article 59 du Code de procédure civile, en matière de société, tant que celle-ci existe, elle doit être assignée devant le juge de paix où elle est établie, que dès lors, et en l'espèce, MM. P. et R., auraient dû être assignés à leur siège social à Lyon, le Tribunal de céans étant incompétent pour connaître de l'action qui leur avait été intentée par M. Douvre ;

Qu'en conséquence il y avait lieu de déclarer la citation du 2 octobre dernier nulle, comme non portée au siège social de la société en vertu de l'article 59 du Code de procédure civile, de nous déclarer incompétent et de renvoyer les parties devant les juges qu'il appartiendra ;

Que de plus, les dispositions de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898 étant dérogatoires au droit commun doivent être interprétées restrictivement, par suite la compétence du juge de paix fait place à la compétence du droit commun lorsqu'il s'agit d'une demande étrangère à une contestation entre patrons et ouvriers découlant de la loi ;

Attendu qu'en réponse à ces conclusions, M. Douvre soutient :

1° Sur la nullité de la citation du 2 octobre 1912 :

Que cette exception ne souffre aucune discussion, la jurisprudence admettant en principe que l'assignation est valablement signifiée au préposé de la Société dans l'un de ses établissements.

2° Sur l'incompétence territoriale. :

Qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898, c'est le juge de paix du canton dans lequel est arrivé l'accident, qui est seul compétent pour connaître des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par l'accident.

Que dès lors, les exceptions soulevées par MM. P. et R. étaient mal fondées, devaient être rejetées et le jugement du 4 octobre 1912 dont est opposition maintenu dans son entier.

I. Sur l'incompétence *ratione loci*.

Attendu qu'il résulte d'un acte sous seing privé dont un duplicata a été déposé conformément à l'article 55 de la loi du 20 juillet 1869 au rang des minutes du greffe de la justice de paix de Rive-de-Gier, qu'une Société en nom collectif a été formée entre M. P., demeurant à Lyon et M. R., exploitant de mines, demeurant à Rive-de-Gier ayant pour objet l'exploitation de mines de houille sur la commune de St-Joseph (Loire), et de St-Paul, hameau de Pelines (Rhône) sous la raison sociale « P. et R. » et dont le siège social sera à Lyon ;

Attendu qu'il s'agit en l'espèce d'une Société minière puisqu'elle a pour objet l'extraction des produits du sol, et civile, quoique constituée sous la forme d'une Société en nom collectif ;

Attendu qu'en matière de Société le Tribunal du siège social n'est compétent qu'autant que l'action touche à l'existence de la société, à ses opérations ou à l'ensemble de ses rapports avec les actionnaires ;

Attendu que s'il est de règle générale en matière de Société que c'est le Tribunal du siège social qui est compétent pour connaître de toutes les contestations entre les tiers et la société, cependant les tiers peuvent assigner celle-ci devant le Tribunal du lieu où elle a une succursale qui, par son importance et et son organisation, peut être considérée comme un véritable centre d'affaires et qu'elle ait à sa tête un agent assez élevé pour représenter cette Société et que la contestation se rattache à des opérations effectuées par cette succursale ou dans son ressort ;

Qu'on doit considérer comme le principal établissement d'une société de mines le lieu où les mines sont situées, où sont installés les ateliers et le personnel de l'exploitation, où se traitent toutes les affaires relatives à l'extraction telles que la fixation et le paiement des salaires des ouvriers (C. ap. Dijon, 20 nov. 1865. D. P., 65. 2. 229 ; et Cass. Requêtes 17 avril 1866) ;

Que par suite, cette société peut être actionnée devant le Tribunal de cet établissement en raison des faits qui s'y sont accomplis;

Attendu encore que dans les sociétés en nom collectif tous les associés peuvent recevoir des significations au lieu où ils ont leur domicile sans avoir besoin d'être faites au siège social ;

Attendu qu'il est de notoriété publique, ce qui n'est pas nié du reste, que la Société publique en nom collectif « P. et R. » exploite actuellement la mine de M. sise sur la commune de St-Joseph, canton de Rive-de-Gier où est installé le personnel de l'exploitation, où se fixent et se payent les salaires des ouvriers, où se trouvent les bureaux de la mine et où les faits qui ont donné ouverture à l'action litigieuse se sont accomplis ; que c'est donc bien dans le canton de Rive-de-Gier que se trouve le véritable centre des affaires de la Société et non à Lyon ;

Que de plus, M. R., un des associés, est domicilié dans cette ville et est placé à la tête de l'exploitation où il représente la société ; qu'enfin la contestation actuelle ne touche ni à l'existence de la société, ni à ses opérations ou à l'ensemble de ses rapports avec ses actionnaires ;

Attendu en conséquence que ce chef d'exception doit être rejeté comme mal fondé

II. — Sur l'incompétence territoriale.

Attendu que le 8 mai 1912, M. F., mineur au service de M. P. et R., fut blessé par une pierre détachée des parois du puits à M. alors qu'il remontait à la surface, sa journée terminée ;

Que ces faits ont été établis par les enquête et contre-enquête auxquelles il a été par nous procédé au cours d'une instance en paiement de l'indemnité de demi-salaire et sanctionnés par le jugement contradictoire en date du 28 juin 1912 ;

Attendu qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée le 31 mars 1905, les médecins, pharmaciens et établissements hospitaliers peuvent

actionner directement les chefs d'entreprises à l'occasion des soins donnés et fournitures faites à la victime d'un accident du travail ;

Attendu que si, sous l'empire de la loi de 1898, on avait décidé que le médecin et le pharmacien pouvaient actionner directement le patron même s'ils avaient été choisis par l'ouvrier bien qu'aucun lien de droit n'existât entre eux et le patron et que l'article 4 de la dite loi parût implicitement donner une solution contraire, cette objection ne peut plus être faite aujourd'hui en présence des termes généraux du nouveau texte ;

Attendu que toutes les contestations relatives aux frais de maladie de la victime d'un accident du travail, qu'elles s'élèvent entre la victime elle-même et le chef d'entreprise ou que ce dernier soit poursuivi en recouvrement des frais quelconques de maladie et de quelque façon que s'engage l'instance, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit ;

Attendu dès lors que l'action directe des médecins contre le chef d'entreprise est soumise à toutes les mêmes règles de procédure applicables à l'action de la victime ou de ses héritiers ; qu'elle rentre dans la compétence du juge de paix du lieu de l'accident, alors même que les parties, et spécialement les chefs d'entreprise défendeurs dans l'action, ont leur domicile dans un autre canton ;

Qu'en principe, c'est l'accident qui est attributif de compétence au point de vue territorial à l'exclusion des articles 2 et suivants du Code de procédure civile ;

Attendu qu'il ne peut être question du dessaisissement prévu par le paragraphe 7 de l'article 15, ne pouvant être applicable en l'espèce ;

Attendu donc que c'est à bon droit que M. Douvre a actionné devant le juge de paix de Rive-de-Gier, MM. P. et R. en paiement des frais médicaux faits pour F., ouvrier de ceux-ci, blessé à leur service au puits de M. ;

III. — Sur le fond

Attendu que M. Douvre réclame à MM. P. et R. la somme de 52 fr. 50 se décomposant comme suit : 1° 42 fr. 50 pour visites et pansements à l'ouvrier F. victime de l'accident du 8 mai 1912 qui lui a occasionné une contusion de l'os iliaque avec hématome costal droit ayant entraîné une incapacité de travail de 32 jours.

2° 10 fr. pour consultation avec le Dr P., de Lyon, provoquée par M. P.

Attendu que les honoraires réclamés ne sont pas exagérés, qu'ils sont en rapport avec l'importance du traumatisme et conformes au tarif Dubief ; que les opposants se sont contentés d'alléguer ne pas les devoir sans préciser d'aucune façon pourquoi ils ne les doivent pas ;

Attendu que le chef d'entreprise qui conteste les honoraires réclamés par le médecin traitant, doit prouver que les soins donnés étaient du superflu et que le traitement suivi n'était pas nécessaire, alors surtout qu'il appartenait à MM. P. et R., en cours de traitement, de faire désigner, comme le leur permettait la loi, un autre médecin, chargé de les renseigner sur l'état du blessé, que, faute par eux de faire cette preuve, ils doivent être condamnés à payer les frais médicaux qui leur sont réclamés ;

Par ces motifs, nous, juge de paix, statuant contradictoirement et en premier ressort :

Recevons comme régulière, en la forme seulement, l'opposition de M. M. P. et R. au jugement de défaut du 4 octobre 1912, les déclarons mal fondés en leurs conclusions d'incompétence.

Retenant la cause, disons la demande de M. le Dr Douvre bien introduite et fondée.

En conséquence disons que le jugement de défaut du 4 octobre 1912 sortira son plein et entier effet pour être exécuté en sa forme et teneur;

Les déboutons, et condamnons MM. P. et R. aux frais et dépens de l'opposition liquidés à 5 fr. 10 ainsi qu'aux frais et accessoires du présent jugement.

Ce jugement, sur appel de l'adversaire, a été confirmé, avec l'appui du « Sou médical », par jugement adoptant simplement les motifs du premier juge, rendu par la 3e Chambre du Tribunal civil de Saint-Etienne, en date du 3 janvier 1914.

Il est conforme à la jurisprudence et notamment à un arrêt rendu le 19 novembre 1906 par la Chambre civile de la Cour de cassation (*Gazette du Palais*, 10 janvier 1907).

Le juge de paix ayant eu à répondre à des conclusions rédigées et développées devant lui par un avocat du barreau de Lyon, en a longuement et consciencieusement examiné et réfuté les arguments un peu spécieux, alors qu'il aurait pu se borner à s'appuyer exclusivement sur l'article 15 § 4 de la loi et sur l'arrêt de Cassation précité.

J. D.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

Æsculape. — Grande revue mensuelle illustrée 41, rue des Ecoles, Paris.

Le n° : 1 fr. (Etranger : 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste), abonn. : 12 fr. (Etranger : 15 fr.) — Sommaire du n° d'avril 1914.

Le Docteur Paul-Emile Colin et la renaissance du Bois Gravé (5 illustr.), par Alphonse Brunot, directeur de « *Medicina* ». — Le bon graveur de Jost Aman ; les Christophores naïfs ; la vérité, l'expression, la quasi violence du « Bain des hommes » de Dürer ; le « Fossoyeur » de Colin, ses autres œuvres. Colin « a complètement le don, en la présence du bloc d'aubier qu'il choisit, d'y voir d'abord la nuit, en une épreuve, en un état noir, d'y voir une nuit, où le jour, survenu, se meut insensiblement en une action ordonnée et vivante... ». On peut concevoir Colin, « sans un dessin achevé qui le guide,... capable

de faire naître l'estampe dans la nuit, selon la lueur et l'idée où elle se préfigure en lui ». C'est un coloriste.

Comment naquit une ville d'eaux à St-Domingue au XVIIIe siècle (6 illustr.), par le Dr Ghislain HOUZEL et H. RICHTER. — Le nègre Capoua, parcourant à cheval les savanes de Port-à-Piment, voit son cheval tout à coup embourbé. L'idée lui vint de baigner dans l'eau noire, fangeuse, chaude, un camarade rhumatisant ; il le guérit. Les origines de l'établissement thermal.

La visite d'un groupe de médecins espagnols à Paris (3 illustr.), par le Dr L. DARTIGUES. — L'initiative de l'*Espana Medica*, la réception à l'*Unifia*. Fraternité scientifique franco-espagnole.

Les hommes à queue (8 illustr.), par le Dr H. BOUQUET. — Il a existé et il existe encore des hommes à queue. Des dessins anciens et des photographies récentes reproduits dans le présent article le montrent. Longueur, volume, constitution de la queue humaine. Existe-t-il des races entières d'hommes à queue ?

Le musée médico-historique Welcome, à Londres (11 illustr.), par le Dr SATRE. — Réunion riche et variée d'objets rares, anciens et modernes en rapport avec la médecine et les sciences qui s'y rattachent.

La vierge nourrice (1 illustr.), par V. FOROT. — La vierge, assise, allaite son enfant. Dans son manteau ont été pratiquées trois échancrures arrondies ; l'une donne issue au sein de la mère et à la tête de l'enfant. La figure jeune et gracieuse de la vierge ; l'enfant souriant tire le bout du sein d'une bouche distraite.

Joseph sollicité par la femme de Putiphar (similigravure hors-texte). — Dessin de WICAR, gravé par DUPEEL.

Supplément (17 illustr.). — Un groupe de médecins espagnols à Paris. — Le premier silence. — Louange aux seins-yeux. — Le corps humain dans l'atmosphère. — La question de l'Atlantide. — La blessure du médecin-major Gentil au guet-apens de Bac-Lé. — Encore le Tango. — Le problème de la natalité. — Le maraîchinage ; le baiser « more columbino ». — Le chlorure de calcium médicament à la mode. — La mort du Dr Eugène Raymondaud, de Limoges. — Les sacrifices humains au XXe siècle ; le culte sanguinaire du Vaudoux. — L'estomac d'un crocodile. — Les végétations adénoïdes de François II ; une lettre du Dr Potiquet.

— **V. E. M. 1914**. — Le quatorzième voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France, organisé par le Dr Carron de la Carrière, aura lieu du 31 août au 13 septembre 1914, sous la présidence effective du Professeur Landouzy.

Il comprend les stations des Vosges, du Nord et de l'Ouest de la France.

I. — La Ville de Nancy est prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Nancy (gare de la Compagnie de l'Est), toutes les Compagnies de chemin de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. De Nancy à Enghien-les-Bains, les voyageurs visiteront en groupe : Gérardmer, La Schulcht, Bussang, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Martigny, Contrexéville, Vittel, Mondorf, Saint-Amand, Zuydcoote, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Enghien-les-Bains.

Prix à forfait : 300 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage depuis le dîner du lundi 31 août à Nancy jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront le dimanche 13 septembre à Enghien-les-Bains ; trajets en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Paris à son lieu de résidence, toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire, envoyer : I. Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) ; 1° son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 300 francs, au Dr Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, à Paris (8e).

— **Le dîner des Anciens médecins et pharmaciens de la marine** aura lieu le mardi 12 mai, à 7 h. 1/2 du soir, au Cercle militaire, 49, avenue de l'Opéra, à Paris.

Cotisation 12 francs. Tenue de Ville.

Les membres du Comité : Nicolas, Rochefort, Egasse, Destrem, Dedet, Joyau, Joly.

N. B. — Les dîners ont lieu d'habitude le 1er mardi de mai et de novembre. Les anciens médecins et pharmaciens de la Marine y sont admis de droit sur la présentation de deux membres, dans le cas où ils n'auraient pas reçu de lettre. Les officiers en activité y seront admis de droit.

Très important. — En cas d'adhésion, prière de répondre au Dr Dedet, 6, rue Nicolas-Chuquet. Téléphone Wagram, 83-93.

— **Le prochain Congrès national d'assistance publique et privée** s'ouvrira à Montpellier le lundi de la Pentecôte (1er juin prochain) et durera la semaine entière.

On y traitera notamment les questions suivantes :

1° Régime des associations de bienfaisance (rapporteur général : M. Hébrard de Villeneuve, président de section au Conseil d'Etat) ;

2° Réforme de l'article 1er de la loi du 7 août 1851 (admission des malades dans les hôpitaux) (Rapporteur général : M. Gignoux, vice-président des hospices de Nîmes ;

3° L'assistance aux familles nombreuses. Rapporteur général : M. le Dr Jean Monod, inspecteur général adjoint au Ministère de l'Intérieur.

4° L'assistance préventive aux enfants anormaux. Rapporteur général : M. le Dr Régis, professeur à la Faculté de Bordeaux.

Le secrétaire général du Congrès est M. le Professeur Truc, de la Faculté de Montpellier. On peut lui envoyer les cotisations à son domicile, 3, rue Carré-du-Roi. On peut aussi les adresser au trésorier du Comité National, 49, rue de Miromesnil. La cotisation est de 20 francs. Elle donne droit aux recueils complets des travaux du Congrès.

— **Prix de thèse de radiologie.** — La Société de Radiologie médicale de France a décidé la fondation d'un *prix annuel de* 300 *francs*, pour récompenser la meilleure thèse sur un sujet de *radiologie*, soutenue durant l'année scolaire par un Docteur en médecine française.

Pour 1914, le secrétaire général, Dr HARET, rue Pierre-Haret, 8, à Paris, recevra les thèses soutenues du 1er octobre 1913 au 1er octobre 1914, pour être soumises au jugement de la Société. Les auteurs devront envoyer *deux* exemplaires de leur thèse, et recevront, avec un récépissé, les conditions exactes du prix.

Le prix pour 1913-1914 sera décerné à l'Assemblée générale annuelle, le mardi 8 décembre 1914.

***Le Directeur-Gérant* : Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 20 Dimanche 17 Mai 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

LA SEMAINE COMIQUE

La Comédie au dispensaire. Nouvelles méthodes d'anesthésie à l'usage des accidentés du travail.

Tout ce qui suit est rigoureusement authentique.

***

I.— La scène se passe, en plusieurs tableaux, banlieue de Paris, non loin de l'asile de Charenton, dans la salle de consultation du dispensaire de la Caisse des Ecoles de la commune de X, dispensaire où trois confrères candides distribuent aux enfants des écoles l'huile de foie de morue écœurante et le sirop iodo-tannique réconfortant.

Le confrère B., qui a pris sa tâche au sérieux, gourmande une fillette :

« Tu m'avais promis de te laver, de te peigner et de te tenir propre. Tu es encore couverte de poux, de lentes et de crasse. C'est dégoûtant. « Aussi pour te punir, on ne te donnera pas aujourd'hui le sirop iodo-tannique que tu aimes tant, mais bien de l'huile de foie de morue. »

L'enfant sanglote : « Hi, hi, hi, hi ! » — « C'est bien, poursuit le confrère, va-t-en, cela t'apprendra à tenir tes promesses. »

L'enfant sort. On aperçoit dans la coulisse, par la porte entrebâillée, le visage tragique d'un administrateur de la Caisse des Ecoles qui rôdait dans le couloir :

« Messe ! Messe ! répète-t-il en écho d'un ton grave et songeur. — Tous cléricaux, ces docteurs ! »

Il arrête au passage la fillette.

D'un ton qu'il s'efforce de rendre plus doux : « Dis, ma petite, pourquoi pleures-tu ? ». — « Hi ! hi ! hi ! le médecin m'a grondée ! Hi ! hi ! le médecin m'a punie » — « Ne te reprochait-il pas de ne pas aller à la messe ? » — « Hi ! hi ! c'est pour cela qu'il m'a punie ».— L'administrateur, paternel, caressant les cheveux pouilleux de l'enfant :

« Je m'en doutais ! Ne pleure pas. »

Se parlant à lui-même :

— « Ça ne se passera pas comme cela. »

Le Dr B. fait sa tournée, rentre chez lui avec la douce satisfaction d'un homme dont le devoir est accompli. Il songe à se mettre à table. La bonne l'arrête en chemin :

— « Monsieur, une lettre de la mairie. »

Le Dr B. lit la lettre ; il ouvre de grands yeux ronds, signe manifeste de la plus profonde stupéfaction :

— « Le maire me demande des explications sur la punition que je me suis permis d'infliger à une enfant parce qu'elle refusait d'aller à la messe ! »

Le Dr B., interloqué, reste un instant songeur, puis hausse les épaules :

« C'est idiot, conclut-il. »

Le Dr B. va à l'école et se rend chez la mère de l'enfant.

A l'école, la fillette soutient mordicus devant la directrice qu'elle n'a rien dit. La mère de l'enfant n'y comprend rien, et ne veut rien comprendre.

Le Dr B. se rend à la mairie. M. le maire le reçoit cavalièrement :

— « Ce n'est pas de mon ressort, docteur. Ici, je suis M. le Maire. Vous viendrez vous expliquer devant le Comité de la Caisse des Ecoles. »

Le Dr B. pousse très loin la condescendance ; il se rend à heure précise à la convocation du dit comité. Il donne sa parole d'honneur qu'il n'y a rien de vrai dans ce qu'on lui reproche.

— « Pardon, docteur. L'enfant vient d'affirmer que c'est exact », réplique M. le maire qui, ici, président de la Caisse des Ecoles, trouve que l'affaire est maintenant de son ressort.

— « Alors ! vous mettez ma parole d'honneur en doute devant l'affirmation d'une enfant maladive et manifestement influencée ? C'est bien, mais j'invoque le témoignage de la directrice de l'Ecole. » —

— « La Directrice de l'Ecole nous est suspecte, glapit un administrateur. Elle a dernièrement assisté à la messe de mariage de sa cousine. »

Le Dr B. se retire, envoie sa démission à M. le Maire, avertit ses collègues qui donnent aussi leur démission. Les confrères de la région prennent fait et cause pour le Dr B. et décident qu'aucun d'entre eux n'acceptera de fonctions au dispensaire. Il en est cependant parmi eux qui sont protestants, israélites et francs-maçons.

L'administrateur, cause de tout cet émoi, grave et sévère, va trouver M. le maire.

— « Je m'en doutais, dit-il. Tous cléricaux, ces docteurs ! Mais que va devenir notre dispensaire ? »

— « Laissez, réplique M. le maire, qui est un brin philosophe, laissez le temps faire son œuvre. Nous allons fermer pendant l'été et, en octobre, nous ferons appel aux médecins de la région. Ils auront oublié.... Et puis ! nous avons un moyen et, si nous en usons, vous les verrez tous rappliquer. »

— « Un moyen ! Lequel ? » interroge admirativement l'administrateur qui a foi dans l'habileté de M. le maire.

— « Les palmes académiques ! », conclut ce dernier.

Et voilà pourquoi la Caisse des Ecoles de la commune de X., située dans la banlieue de Paris, non loin de l'asile de Charenton, a fermé son dispensaire ; pourquoi les enfants de l'Ecole n'y savourent plus les douceurs du sirop iodotannique.

On nous a affirmé qu'ils ne s'en portaient ni mieux, ni plus mal.

Epilogue : « *Le Concours médical* » !! Sale feuille cléricale ! », dira M. Homais, en lisant ce propos.

Nous, sans plus plus nous émouvoir, nous aurons le même sourire que provoquaient, il y a un mois à peine, la *Croix* et quelques confrères bigots autant qu'anonymes qui nous ont accusé alors d'anticléralisme raffiné.

***

II. — Le décor change.

Nous sommes à Paris dans les luxueux bureaux de la X., compagnie d'assurances à primes fixes contre les accidents de toute nature.

Un employé supérieur examine des notes médicales. De temps à autre, il prend un air entendu et hausse les épaules.

Soudain il bondit :

— « Cent vingt francs ! Mais il se fiche de nous, ce petit médicastre de C., en Tarn-et-Garonne. »

Cent vingt francs ! On lui en fichera des cent vingt francs ! »

Et notre homme, prenant l'air malicieux du

Malade Imaginaire révisant le compte d'apothicaire de M. Fleurant :

« Certificat initial : 2 francs. 5 pansements antiseptiques complets à 2 fr. : soit 10 fr. Allocation correspondant au prix de 2 consultations article 10, B. du tarif Dubief :

8 consultations au cabinet : soit 8 fr.

Ah ! mon petit docteur ! tout doux ! Votre village compte moins de 5.000 habitants. C'est 1 fr. 50 la visite, 1 fr. la consultation.

Des indemnités kilométriques ! Mais vous vous fichez du monde. Le malade blessé à la main pouvait bien faire quelques kilomètres et se rendre chez vous à pied.

Réunion par sutures multiples ! Injection an-ti-té-ta-ni-que ! Que diable cela veut-il bien dire ? » —

Il va à une bibliothèque, prend le premier volume d'un *Larousse*, cherche fièvreusement, suivant chaque mot du doigt, et descendant la colonne, il ânonne :

« An-ti-sy-phi-li-ti-que .... Anti-Tau-rus .... Anti-thé-â-tral....

Sacré matin, ça n'y est pas !

Je pourrais bien demander ça à nos médecins. Mais, au fait, le savent-ils mieux que moi ce que ça veut dire, antitétanique ?

Puis, en somme, c'est moi le Comité médical ! N'en suis-je pas le secrétaire ? »

Il reste un instant songeur.

« Suis-je étourdi?. Des sutures multiples... Le malade ne sent pas... est en syncope..

Antitétanique... Anesthésique, ça commence de la même façon et ça finit de même... C'est évident.... Maintenant, j'y suis.

Ah! mon petit docteur ! Mon cher petit docteur ! Nous allons vous en donner, du sérum anti ... quoi.... ? an-ti-té-ta-ni-que.

Soyons généreux. Total : 30 francs au lieu de 120 francs. Ça ira ! »

Il appelle la dactylographe :

« Mademoiselle ! Mademoiselle ! vous y êtes? Je dicte. Pianotez-moi ça. »

LA X

Compagnie anonyme d'assurances à primes fixes.

CONTRE LES ACCIDENTS DE TOUTE NATURE

Fondée en 1881

Capital social : trois millions de francs dont 1/4 versé.

Siège social : rue de X., et .. rue de Z, Paris.

Paris, le 26 novembre 1913.

Monsieur le docteur B., à C. (Tarn-et-Garonne).

Monsieur,

Nous avons l'honneur de vous informer que NOTRE COMITÉ MÉDICAL *vient de procéder à la vérification de votre note d'honoraires s'élevant à 120 francs, pour soins donnés au sieur M.*

Par suite de cette vérification votre note se trouve réduite à 30 francs, somme que nous vous offrons et dont nous vous donnons le détail ci-dessous :

Certificat initial de 2 francs.

5 pansements antiseptiques complets à 2 francs, soit 10 francs.

Allocation correspondant au prix de 2 consultations art. 10, lettre B, du tarif Dubief.

8 consultations au cabinet les 24 avril, 8 mai, 11 et 24 mai, 22 et 23 juin, 4 et 10 juillet (8 × 1) soit 8 francs.

« C... comptant moins de 5.000 habitants, le prix de la visite est de 1,50 et la consultation 1 franc.

Art. 2 du tarif du 30 septembre 1905.

Nous ne nous expliquons pas les visites des 25 avril 26, 27, 28, 29, 30, 1, 3 et 5 mai, le sieur M. ayant été blessé à la main, rien ne l'empêchait de marcher pour se rendre à votre consultation. Nous estimons également qu'il figure sur votre note un trop grand nombre de consultations et de visites, c'est-à-dire 17 consultations ou visites pour 5 pansements seulement

Nous tenons à vous faire remarquer que nous serions en droit de retrancher toutes les visites qui ne s'expliquent pas, mais néanmoins nous consentons à vous en payer 5 en consultation à votre cabinet, savoir celles des 25 avril, 27, 29, 30 et 3 mai (soit 5 × 1), soit 5 francs.

La somme de 25 francs que vous nous demandez pour indemnité kilométrique n'a pas lieu d'exister attendu que le blessé pouvait marcher pour se rendre à la consultation.

En ce qui concerne la somme de 10 francs que vous réclamez pour traitement d'une fracture du 2e métacarpien, il y a lieu de retrancher également cette somme de votre note, car dans votre certificat médical il n'est pas fait allusion de fracture, le rapport de l'expert n'en parle pas non plus.

« Réunion par sutures multiples...... 5 francs.

Allocation correspondant au prix de 5 consultations. art. 10, lettre D, du tarif Dubief

LA SOMME DE 10 FRANCS RÉCLAMÉE POUR INJECTION DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE NE S'EXPLIQUE PAS, ATTENDU QUE LE BLESSÉ ÉTAIT TOMBÉ EN SYNCOPE ET QUE LES PREMIERS POINTS DE SUTURES N'ONT PAS ÉTÉ SENTIS PAR CONSÉQUENT. CETTE SYNCOPE A PU SERVIR D'ANESTHÉSIE ET VOUS A AIDÉ A L'APPLICATION DES POINTS DE SUTURE ET IL EST REGRETTABLE QU'ELLE SE SOIT ARRÊTÉE SPONTANÉMENT AU 5e POINT.

Le traitement de la syncope ne figurant pas au tarif Dubief, il y a lieu également de retrancher de votre note le coût de ce traitement, lequel ne nous incombe pas.

Veuillez nous faire savoir si vous acceptez la som-

me de 30 francs et dans l'affirmative nous vous adresserons un mandat-poste de la dite somme.

Recevez, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Pour la compagnie,
Le sous-directeur.,
Pour le chef du contentieux,
Illisible. »

M. l'employé supérieur, satisfait, s'étend dans son fauteuil :

« Ah ! mon petit docteur ! vous allez être content ! »

La scène change.

Nous sommes au « Sou médical ».

Le secrétaire général dépouille une énorme correspondance.

Il ouvre un pli timbré de C.., Tarn-et-Garonne où, en quelques lignes, le Dr B. le prie de lui donner un conseil au sujet de la lettre qu'un employé supérieur de la Compagnie d'assurances, la X., vient de lui envoyer, après vérification de sa note par le COMITÉ MÉDICAL (!) de cette compagnie.

Le secrétaire du « Sou médical », qui en a pourtant vu et lu de raides, prend en poursuivant sa lecture un air de plus en plus ahuri.

Soudain il éclate :

« Ah ! ah ! elle est bonne » ; Il relit tout haut :

« *La somme de dix francs réclamée pour injection de sérum antitétanique ne s'explique pas. Attendu que le blessé était tombé en syncope et que les premiers points de sutures n'ont pas été sentis par conséquent. Cette syncope a pu servir d'anesthésie et vous a aidé à l'application des points de sutures et il est regrettable qu'elle se soit arrêtée spontanément au cinquième point.* »

« Ils sont tout bonnement épatants au Comité médical de la X. Je vais proposer au doyen Landouzy de leur ouvrir officiellement un cours annexe d'anesthésie à la Faculté. Et si jamais le Prof. Reclus vient à disparaître, j'espère que l'Académie de médecine choisira le président de ce comité médical pour lui succéder. »

***

Tout ceci certifié rigoureusement exact par :

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur GAUCHER

Traitement de l'épithélioma cutané.

Nous ne connaissons pas la cause première de l'épithélioma, qui est vraisemblablement un parasite. Mais, si nous n'avons pas de notions certaines sur ce point, nous connaissons ceepndant quelques conditions étiologiques de la maladie, contre lesquelles il est possible de se mettre en garde. Aussi, avant de vous exposer le traitement proprement dit de l'épithélioma cutané, je vous dirai quelques mots de la prophylaxie de cette affection.

L'épithélioma cutané se manifeste souvent — presque toujours, même — sur d'anciennes lésions de la peau, en particulier sur la dermatose observée chez les vieillards et connue sous le nom de papillome ou verrue séborrhéique. S'il est difficile d'empêcher le développement des papillomes séborrhéiques (ils naissent chez les sujets âgés comme les taches sur les vieux arbres), on peut dans une certaine mesure éviter qu'il ne s'y produise des épithéliomas. Pour cela, il faut entretenir alors la peau dans un état de propreté et d'asepsie relative, par des lavages fréquents à l'eau savonneuse. Il faut également éviter toute irritation de ces productions séborrhéiques. On doit les détruire, comme les épithéliomas, sans les irriter.

Quand on a à traiter des papillomes séborrhéiques, il convient de les faire disparaître tout à fait ou de ne pas tenter leur destruction. Si la lésion est immobile, le mieux est de n'y pas toucher. Si elle a tendance à s'accroître, on interviendra. Le caustique de choix, suffisant pour les verrues séborrhéiques de petite taille, est l'acide acétique cristallisé. Pour les papillomes plus considérables, dépassant la grandeur d'une pièce d'un franc ou de cinquante centimes par exemple, on aura recours aux méthodes employées pour l'épithélioma.

L'épithélioma peut se manifester sur d'autres lésions cutanées préexistantes, vieilles plaques de lichen, de psoriasis, anciennes syphilides. C'est pourquoi on ne laissera pas, autant que possible, s'éterniser ces dermatoses chroniques. Une autre affection cutanée, congénitale, les nævus, sert quel-

quefois, encore, de point de départ à l'épithélioma.

Ce que je viens de dire de l'épithélioma de la peau est également vrai pour l'épithélioma des muqueuses. Vous savez que l'épithélioma de la langue, par exemple, se développe sur des plaques leucoplasiques. Il est important d'entraver l'évolution de la leucoplasie linguale. Vous recommanderez, dans ce but, au sujet, d'éviter les irritations de la bouche, de ne pas fumer, et vous ferez un traitement anti-syphilitique approprié. Lorsque la plaque de leucoplasie est profonde et saillante, il est indiqué de l'enlever. L'ablation des plaques leucoplasiques donne des résultats supérieurs à l'ablation de l'épithélioma confirmé.

Je viens de faire allusion à un point important, les rapports de la syphilis et de l'épithélioma. L'épithélioma de la langue et des régions paramuqueuses (verge, vulve), qui succède à des placards leucoplasiques, a ainsi une origine syphilitique. Comme traitement préventif de l'épithélioma, chez les malades atteints de leucoplasie de la langue ou des régions paramuqueuses, vous instituerez la cure spécifique. Je ne dis pas que vous arriverez ainsi à guérir la leucoplasie, mais vous pourrez espérer empêcher au moins son évolution.

Cela dit sur les précautions à prendre comme prophylaxie de l'épithélioma cutané, j'arrive au traitement curatif de la maladie.

L'épithélioma de la peau paraît être une affection d'origine externe. Il est des cas, toutefois, où non seulement il peut récidiver mais où il s'accompagne d'infection générale, d'adénopathie, de métastases. C'est un fait important à connaître, pour que vous ne croyiez pas que vous avez des moyens certains de guérir la maladie sans récidive.

Une première variété d'épithélioma cutané n'est guère accessible qu'à l'exérèse chirurgicale : c'est l'épithélioma profond. On peut l'atteindre par les rayons X, mais l'ablation opératoire est plus rationnelle. Il faut savoir, d'ailleurs, que cet épithélioma profond est celui qui récidive le plus facilement ; j'allais dire qu'il récidive presque toujours. Néanmoins, je ne vois pas ici d'autre traitement que l'exérèse.

Quant aux formes superficielles, il y a lieu d'en distinguer, au point de vue thérapeutique, diverses variétés. Lorsqu'il s'agit d'épithélioma surtout ulcéreux et très étendu en surface, il est évident que la chirurgie et les rayons X ne sont pas applicables. On s'adressera à un topique connu depuis longtemps et un peu oublié, le chlorate de potasse ; on l'appliquera en solution plus ou moins concentrée ou en pommade. Il donne de bons résultats. Je ne dis pas qu'il amène la guérison, mais peut-être est-il capable de l'amener. C'est un bon traitement palliatif dans les ulcérations épithéliomateuses étendues. Dans l'ulcus rodens de petites dimensions, il peut être curatif. On utilisera donc le chlorate de potasse dans les ulcérations trop grandes pour être accessibles aux moyens dont je vais parler maintenant, et on pourra l'essayer dans les petits ulcus rodens sans, bien entendu, dans ce dernier cas, s'attarder à ce procédé qui n'est qu'un moyen de second ordre.

Pour les cas opérables, nous avons à notre disposition 4 méthodes qui sont : 1° l'ablation chirurgicale ; 2° la cautérisation ignée ; 3° la cautérisation chimique ; 4° les rayons de Röntgen ou du radium. Nous allons passer successivement en revue ces méthodes.

L'ablation chirurgicale, pour l'épithélioma de la peau (je ne parle pas des régions paramuqueuses) est le plus mauvais des quatre moyens. C'est le plus mauvais, de même que le raclage, parce qu'ils ouvrent les portes vasculaires, favorisent l'envahissement ganglionnaire et général. Je sais bien que l'on a conseillé de faire suivre l'ablation chirurgicale d'une irradiation. Je reconnais que la méthode, ainsi comprise, est moins défectueuse. Toutefois, je crois que quand on peut se passer de l'exérèse chirurgicale, cela vaut mieux. Mais il y a des lésions étendues où l'on est obligé d'y avoir recours. De même, pour l'épithélioma des régions paramuqueuses (lèvres, gland, vulve), l'exérèse est à peu près le seul moyen utilisable, malgré ses inconvénients.

Je ne suis pas partisan du raclage. Non suivi de cautérisation, le raclage est dangereux. Autrefois, on le complétait par des cautérisations au chlorure de zinc ; aujourd'hui on fait ensuite des applications de rayons X. Le raclage suivi de cautérisation est certes supérieur au raclage seul ; il ne vaut pas, toutefois, les autres moyens dont je vais parler.

De tous les procédés, celui qui est, à mon avis, le meilleur, c'est la cautérisation ignée. Les caustiques chimiques, l'arsenic et la pâte de Vienne, ne sont pas sans valeur, mais la cautérisation ignée leur est supérieure. Elle leur est supérieure parce que, seule, elle constitue une cautérisation « intelligente ». Avec elle vous pouvez cautériser ce que vous voulez, tandis que vous n'êtes pas maître de l'action des caustiques chimiques.

On peut se servir soit du galvano-cautère, soit du thermocautère. Le galvano-cautère est plus élégant. Je préfère, néanmoins, le thermocautère dont l'irradiation est plus grande. J'emploie non pas la pointe, mais la lame de l'instrument avec laquelle on opère ce que j'ai appelé la carbonisation de la lésion. Cette lame agit en surface, et on doit y revenir à plusieurs reprises. Dans l'intervalle des cautérisations, on fait faire simplement des applications humides (pulvérisations ou compresses d'eau bouillie). Lorsqu'il reste une ulcération persistante, on peut la panser avec des compresses imbibées de solution à 2 p. 100 de chlorate de potasse ou avec une pommade au chlorate de potasse, ou la cautériser encore.

Le thermocautère, cependant, ne peut pas pénétrer partout. C'est pourquoi, quand j'ai pu trouver un moyen d'agir plus en profondeur et sur une surface plus étendue, j'ai été heureux de l'employer. Ce moyen est l'air chaud. Les applications d'air chaud se font avec un appareil dont le principe consiste à faire passer de l'air dans un tube où un galvano-cautère l'échauffe. On arrive ainsi à obtenir de l'air porté à des températures de 800 et 900 degrés. Les applications d'air chaud sont un excellent procédé qui rentre dans le même cadre que les cautérisations ignées.

Je pourrais presque arrêter là l'exposé du traitement de l'épithélioma cutané. Le thermocautère et l'air chaud, quand leur emploi est possible, sont les meilleurs agents thérapeutiques en pareil cas. Quant aux caustiques chimiques, dont il ne faut pas dire de mal, car on s'en est servi beaucoup autrefois, non sans avantage, deux surtout méritent de retenir l'attention : les caustiques arsenicaux et la pâte de Vienne. Le caustique arsenical est composé de deux parties d'acide arsénieux, 6 parties de sulfure de mercure et 12 parties d'éponge calcinée. C'est une poudre que l'on délaye dans de l'eau pour former une pâte que l'on met sur de l'amadou et qui s'applique ainsi sur l'ulcération épithéliomateuse. Il se produit une escharre qui tombe au bout d'une quinzaine de jours. Ce caustique, en raison de la quantité d'arsenic qu'il contient, ne peut évidemment être employé que sur les ulcérations de peu d'étendue. J'en dirai autant de la méthode nouvelle, proposée par Czerny et Trunecek, qui utilise l'acide arsénieux en suspension dans un mélange d'alcool et d'eau (1 gr. d'acide arsénieux pour 75 gr. d'alcool et 75 gr. d'eau), préparation employée en badigeonnages.

La pâte de Vienne est un composé de potasse caustique et de chaux vive délayées dans de l'alcool. Il faut avoir soin, quand on se sert de pâte de Vienne, de bien limiter la partie sur laquelle on l'applique, avec, par exemple, une plaque de diachylon dont on a coupé au centre juste l'étendue de la surface malade. La pâte de Vienne est un bon moyen, mais on doit savoir que c'est un caustique qui fuse.

Il est un troisième caustique, la pâte de Canquoin, mélange de chlorure de zinc et de farine de froment. Elle est surtout utilisée pour les lésions profondes, sous forme de flèches enfoncées dans les tissus. Pour la peau, ses indications sont très restreintes.

J'arrive aux méthodes nouvelles, aux rayons Röntgen et au rayons du radium, à la radiothérapie et à la radiumthérapie. Quand ces procédés ont été imaginés, on a cru de très bonne foi que l'on possédait là des moyens de guérir le cancer. Moi-même, j'ai fait sur ce sujet une leçon dans laquelle je disais — ce qui est vrai, d'ailleurs — que la destruction provoquée par les rayons X était élective. Les rayons de Röntgen et du radium sont des caustiques électifs, qui donnent des escharres cellulaires distinctes des escharres macroscopiques de la cautérisation ignée. Ce sont des rayons caustiques et leur emploi rentre dans la méthode caustique, mais au lieu de provoquer une destruction en masse, ils détruisent seulement certaines cellules. Néanmoins, bien que cette cautérisation soit élective et cellulaire, contrairement à ce que l'on pensait et à ce que je pensais aussi, elle n'a pas d'autres effets que la cautérisation ordinaire. Je m'explique. Pas plus les rayons X que les rayons du radium ne guérissent définitivement et sûrement l'épithélioma. Par l'exérèse chirurgicale, on a à peu près certainement une récidive. Avec la cautérisation ignée ou chimique, vous pouvez avoir également une récidive, qui est plus rare avec la cautérisation ignée. Je croyais que nous en aurions moins avec le radium ou les rayons X. Eh bien, pas du tout ; les récidives sont alors aussi fréquentes. Sachez-le, nous ne connaissons pas aujourd'hui de moyen de traitement capable de guérir l'épithélioma cutané sans crainte de récidive.

Les rayons X agissent sur la peau en déterminant, après une période de latence, des lésions d'érythème, ou de phlycténisation, ou d'ulcération (ulcère de Röntgen). C'est là un danger qui montre avec quelle prudence il faut appliquer ces rayons. Quelquefois, on est obligé d'arriver intentionnellement à l'érythème et aux phlyctènes, mais, quand il s'agit de tumeur non ulcérée, on emploie les rayons à action profonde, que l'on filtre pour protéger la superficie.

Certaines cellules sont plus accessibles que d'autres à la destruction par les rayons Röntgen. Ce sont les cellules qui ont une moins grande tendance à la kératinisation et il en est ainsi précisément des cellules épithéliomateuses. L'action paraît proportionnelle à la quantité de rayons absorbés et va en décroissant de la surface à la profondeur. C'est pourquoi il faut se servir d'ampoules à rayons pénétrants. La difficulté est de doser les quantités de rayons.

Dans le traitement de l'épithélioma cutané superficiel, on peut faire ou bien des séances répétées tous les dix ou quinze jours, ou des séances espacées de cinq à six semaines. S'il s'agit d'une forme végétante, les fortes doses paraissent préférables. Lorsqu'il y a des ganglions, les conditions changent. On peut cependant obtenir encore la guérison en irradiant successivement l'épithélioma et les ganglions. Cela est rare. L'irradiation peut diminuer, mais rarement faire disparaître les ganglions. J'ai remarqué que, souvent, quand la plaie épithéliomateuse s'améliore, les ganglions augmentent, et réciproquement. Il faut agir alors successivement et alternativement sur les deux lésions.

Pour ce qui concerne les épithéliomas des régions paramuqueuses, ils sont véritablement incurables par les rayons X. Ceux-ci ne peuvent rien faire sans exérèse. Plus l'épithélioma est muqueux, moins les rayons sont efficaces.

Arrivons au radium. Le radium agit comme les rayons X, avec quelque supériorité cependant. Il donne de meilleures cicatrices, il est moins brutal et ne détermine pas aussi facilement de radiodermites. Enfin, il peut pénétrer dans les anfractuosités. Il a deux inconvénients : son action plus lente et surtout son prix (4000 fr. le centigr.). On emploie les appareils dits à sels collés, où le sulfate de radium est mêlé à une sorte de vernis, contenant 1 /2 ou 1 centigr. de sulfate de radium. Quand il s'agit de lésions superficielles, ulcératives, on utilise le rayonnement global, non filtré, appliqué 4 à 10 heures de suite, en une ou deux séances. Si l'on peut mesurer un peu les quantités de rayons X, cette mesure est impossible avec le radium. On attend donc trois semaines et, si la lésion n'est pas disparue, on refait une application. Quand il s'agit de lésions profondes, non ulcérées, on a recours au rayonnement ultra-pénétrant, filtré, au lieu du rayonnement global. La durée d'application est de 24 à 100 heures, en plusieurs séances rapprochées le plus possible. Dans ces cas-là, on n'observe pas de radiumdermite, et vous voyez peu à peu la tumeur disparaître. On recommence, si la lésion n'est pas disparue. Lorsqu'il existe de l'engorgement ganglionnaire, ce que j'ai dit pour les rayons X s'applique au radium. On peut voir, à mesure que l'épithélioma guérit sous l'influence des rayons du radium, les ganglions augmenter et réciproquement. Il faut traiter alors les deux lésions successivement et alternativement, sans qu'on puisse réellement espérer, en ce cas, de très bons résultats.

L'épithélioma des muqueuses n'est pas plus justiciable du radium que des rayons X. Les seuls cas où l'on puisse recourir aux rayons du radium sont certains cas d'épithélioma des régions paramuqueuses où la muqueuse est peu intéressée. Les résultats sont d'autant moins mauvais qu'il y a moins de muqueuse atteinte. Les rayons X et les rayons du radium ne guérissent pas l'épithélioma des muqueuses : parfois ils l'aggravent.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

Erratum. — Dans la leçon du Pr Gaucher, sur l'épithélioma cutané, publiée dans le no 18 du *Concours médical*, à la page 1228, 2e colonne, ligne 27, *au lieu de* « le traitement spécifique n'est pas nuisible dans l'épithélioma ou le lupus (sauf l'iodure de potassium pour le lupus) », *il faut lire* : « le traitement spécifique n'est pas nuisible dans l'épithélioma ou le lupus (sauf l'iodure de potassium *pour l'épithélioma*) ».

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sphacèle de la cuisse par lien constricteur hémostatique. — Résection du poumon pour tuberculose. — Tuberculose des ganglions mésentériques simulant l'appendicite. — L'insufflation intra-trachéale. — Appareil pour la localisation des corps étrangers. — Traitement de la septicémie puerpérale. — La constante d'Ambard en chirurgie. — Tumeur parotidienne mycosique. — Radiumthérapie du cancer. — Corps étranger de l'intestin. — Elimination de soies par la vessie avec formation de calculs.

MM. Ch. et Fernand Monod montrent à la *Société de chirurgie* un malade offrant une cicatrice après *sphacèle circulaire de la cuisse par lien constricteur*, avec conservation de tout le segment sous-jacent du membre.

Le sujet, un jeune homme de dix-sept ans, reçut en jouant, il y a sept ans, un coup de serpe sur la face externe du genou gauche. Pour arrêter l'hémorrhagie qui était assez abondante, le médecin appelé posa un pansement constrictif, véritable ligature circulaire, à la partie moyenne de la cuisse. Le petit malade ne fut revu que deux jours après, alors que la gangrène avait déjà fait son œuvre.

Aujourd'hui, on constate une malformation considérable du membre inférieur. L'artère fémorale bat sous la cicatrice, mais, les muscles de la cuisse n'existant plus, l'impotence est très accusée.

— M. Tuffier présente à la *Société de chirurgie* un malade chez lequel il a pratiqué une *résection du sommet du poumon pour induration fibreuse bacillaire.*

L'examen du patient montra une localisation du processus morbide au sommet du poumon droit avec intégrité complète du poumon gauche. M. Tuffier fit la résection de la partie pulmonaire atteinte et le malade sortit guéri de l'hôpital, malgré une fièvre typhoïde survenue après l'opération.

— M. Savariaud rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *tuberculose caséeuse des ganglions mésentériques simulant l'appendicite.*

M. Savariaud croit que beaucoup de soi-disant appendicites ne sont autre chose que des manifestations de la tuberculose sur les ganglions mésentériques. D'une manière générale, l'auteur fait très peu d'opérations pour appendicite chronique, estimant que l'appendice est le plus souvent alors parfaitement innocent de la plupart des méfaits dont on l'a accusé.

— M. Th. Tuffier fait, à la *Société de chirurgie*, une communication sur l'*insufflation intra-trachéale et ses indications.*

Deux physiologistes américains, Meltzer et Auer, s'appuyant sur ce fait que l'acide carbonique contenu dans le sang provoque le besoin de respirer, ont eu l'idée de le supprimer, de supprimer du même coup le besoin de respirer et d'obtenir ainsi une

apnée complète. Pour cela, ils insufflent par un tube intra-trachéal un courant d'air intra-bronchique qui chasse l'acide carbonique, permet à l'hémostase de continuer et à l'animal de vivre sans mouvement respiratoire. M. Tuffier a vu, au laboratoire de Meltzer, à New-York, des animaux rester ainsi en parfait état sans faire une inspiration pendant plus de deux heures ; la respiration redevenait normale, après arrêt de la ventilation.

Cette donnée physiologique a provoqué des applications médicales et chirurgicales. Les médecins ont employé l'insufflation intra-trachéale dans les cas d'asphyxie par apnée (intoxication morphinique par exemple). Les chirurgiens, y joignant l'insufflation de vapeurs d'éther, ont voulu en faire un mode d'anesthésie libre d'irrégularités respiratoires. Enfin, la chirurgie intra-thoracique lui a demandé une hyperpression pulmonaire en fermant la glotte au moment opportun par une compression exercée au dehors, sur l'épiglotte, au travers des tissus mous de la région sus-hyoïdienne.

M. Tuffier ne pense pas que l'application de l'insufflation à l'anesthésie générale puisse être conservée, en raison des difficultés rencontrées pour faire pénétrer la sonde dans la trachée au travers du larynx. Mais, dans la chirurgie intra-thoracique, la méthode reprend tous ses droits et est particulièrement avantageuse.

M. Sébileau croit que la difficulté de pénétration dans le larynx et la trachée ne doit pas être un obstacle à l'adoption de cette méthode. L'auteur reconnaît qu'il est souvent malaisé de faire franchir la glotte à un instrument, à une sonde molle surtout, mais nous avons aujourd'hui dans le tube trachéoscopique ou même dans la spatule laryngée de Kilian-Brunnings un appareil qu'avec un peu d'habitude on introduit presque toujours facilement dans la cavité respiratoire.

— M. Jacob présente à la *Société de chirurgie*, au nom de M. E.-J. Hirtz, un *appareil pour la localisation des corps étrangers.*

Le principe de cet appareil est celui de l'instrument de M. Contremoulins, mais son réglage est plus rapide et moins compliqué,

M. Hartmann tient à dire que, dans un cas difficile, une balle située dans les muscles pré-vertébraux, le procédé de M. Hirtz s'est montré d'une précision absolue.

— M. Paul Delbet présente à la *Société des chirurgiens de Paris* une *contribution à l'étude du traitement de la septicémie puerpérale.*

M. Paul Delbet critique, d'abord, le traitement de la septicémie puerpérale par le curetage instrumental. Si l'utérus est vide, le curetage est un non-sens : pour faire disparaître les parties infectées de la muqueuse, qui sont les parties profondes, la curette risque d'ensemencer plus de tissu sain qu'elle ne fera disparaître de tissu morbide. Si l'utérus contient des débris (membranes, placenta), la dilatation suivie de curage digital est bien supérieure au curetage instrumental qui risque d'entamer la paroi utérine.

L'utérus vide, le chirurgien a entre les mains, dit M. Paul Delbet, pour combattre la septicémie puerpérale, un traitement général et un traitement local.

Le traitement général comporte l'emploi du sérum antistreptococcique, du collargol, de l'essence de térébenthine (abcès de fixation de Fochier) et des bains froids. Le sérum antistreptococcique ne s'adresse, bien entendu, qu'aux infections d'origine streptococcique. Le collargol et les métaux colloïdaux offrent une incompatibilité absolue avec le sérum antistreptococcique et la méthode de Fochier, car ils fixent les antitoxines apportées par le sérum ou développées par les abcès. On ne les emploiera donc pas simultanément.

Le traitement local utilisé par l'auteur consiste en mèches imbibées de sérum placées dans la cavité utérine, injections intra-utérines de solution iodo-iodurée. L'eau oxygénée lui paraît à rejeter en raison de son action caustique. L'hystérectomie serait aussi dangereuse qu'insuffisante en pareil cas.

— M. René Bonamy parle à la *Société des chirurgiens de Paris* des *indications fournies par la constante d'Ambard en chirurgie.*

M. Bonamy a observé une malade chez laquelle tout acte opératoire était déconseillé en raison d'une mauvaise constante uréo-sécrétoire d'Ambard (0,300 avec 0 gr. 39 d'azotémie) et d'un rapport azoturique également mauvais. La malade ayant supplié qu'on l'opérât quand même, M. Bonamy pratiqua néanmoins une hystérectomie abdominale. Or, les suites opératoires furent des plus simples, sans aucune réaction locale ou générale. La malade reprit rapidement son existence habituelle

— M. Rousseau montre à la *Société des chirurgiens de Paris*, au nom de M. Sesboué (de Saint-Cloud), et au sien, une malade atteinte de *tumeur de la région parotidienne d'origine mycosique (aspergillus fumigatus.)*

La malade offrait une grosse masse parotidienne adhérente de partout, avec une légère ulcération de la peau, et une ulcération de l'amygdale. On porta le diagnostic d'épithélioma du pharynx avec retentissement ganglionnaire parotidien. M. Sesboué ayant fait faire un examen microscopique, on y trouva des spores qui donnèrent, à la culture, de l'aspergillus fumigatus. Le traitement ioduré amena une amélioration considérable de la lésion.

M, Rousseau conclut qu'il est utile de penser plus souvent qu'on ne le fait d'habitude, aux mycoses.

— M. Luys relate à la *Société des chirurgiens de Paris* une observation de *cancer de la vessie traité par le radium.*

La radiumthérapie n'a produit, dans ce cas, aucun arrêt dans la progression du néoplasme qui continua à évoluer. Le seul résultat obtenu fut la sédation des hématuries et des douleurs.

— M. Guisez parle à la *Société des chirurgiens de Paris* du *traitement des tumeurs malignes des voies aériennes et digestives supérieures par le radium.*

M. Guisez a traité deux malades atteints d'épithélioma ulcéré de l'amygdale par le radium. Une amélioration très notable a été obtenue. Il a appliqué également la radiumthérapie (seule ou combinée à l'intervention chirurgicale) dans cinq cas de cancer du larynx. Les effets furent de même très appréciables. La difficulté, lorsqu'il s'agit d'applications sur le larynx, est de pouvoir placer le radium à l'intérieur de ce conduit, sans gêner considérablement le malade.

L'auteur s'est également très bien trouvé de la radiumthérapie dans le traitement du cancer de l'œsophage.

— M. Pasteau fait à la *Société des chirurgiens de Paris* une communication sur la *radiumthérapie des cancers de la prostate.*

L'auteur a vu, chez différents malades atteints de cancer de la prostate, le traitement par le radium être suivi d'améliorations prolongées.

— M. Rigollot-Simonnot rapporte à la *Société des chirurgiens de Paris* un cas de *corps étranger de l'anse sigmoïde.*

Il s'agit d'un malade qui s'introduisit dans le rectum une bouteille. Bien qu'habitué à ce genre de manœuvres, le sujet laissa échapper la bouteille qui fut ainsi happée par l'intestin. Elle vint se loger dans l'anse sigmoïde et le côlon descendant. Après des tentatives infructueuses d'extraction par les voies naturelles, M. Rigollot-Simonnot pratiqua la laparotomie, incisa l'intestin et enleva le corps étranger. Les suites opératoires furent des plus simples. La guérison fut rapide.

— M. Le Fur présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un nouveau cas d'*élimination de soies par la vessie avec formation de calculs vésicaux.*

Les fils de soie en question provenaient d'une hystérectomie abdominale pratiquée quelques mois auparavant.

P. L.

LES INTOXICATIONS

De l'intoxication par le Phosphore.

De toutes les intoxications aiguës, accidentelles, l'intoxication par le phosphore semble être la plus connue, et les statistiques du suicide par empoisonnement en relèvent un grand nombre. Nous insisterons surtout sur l'intoxication aiguë.

Le phosphore rouge amorphe est inoffensif. *Le phophore blanc, au contraire, est doué d'une toxicité extrême* ; la dose mortelle varie avec les sujets ; on admet qu'elle oscille autour de 0,20 ctgr., dose qui, d'ailleurs, *en pratique* est souvent dépassée. Les enfants ont une sensibilité toute particulière à l'égard du phosphore blanc qui les tue à des doses de dix à quinze milligrammes.

La dose thérapeutique est de 1 à 5 milligrammes dans l'huile de foie de morue, que l'on doit préparer au 10-millième. Des erreurs — rares d'ailleurs — de préparation ont causé la mort quelquefois, des intoxications graves en tous cas.

Les allumettiers étaient exposés il y a peu d'années encore à l'intoxication chronique. Beaucoup d'entre eux subissaient le long et douloureux martyre de la nécrose phosphorée dont nous dirons quelques mots tout à l'heure.

Depuis que dans nos manufactures on se sert de sesquisulfure de phosphore, depuis qu'en Belgique et en Suisse des mesures d'hygiène sont rigoureusement appliquées, on voit diminuer et presque disparaître l'intoxication chronique par le phosphore.

Un individu absorbe du phosphore blanc. Il s'agit dans l'immense majorité des cas d'une tentative de suicide ; il ingère des raclages d'allumettes, ou absorbe des pâtes phosphorées ; d'autres fois, rarement, il s'agit d'un accident, de l'absorption de graisses provenant d'animaux qui ont usé de pâtes phosphorées. Quel que soit le mode d'entrée du poison, que se passe-t-il ? Dans les premières heures, généralement, on n'observe aucun phénomène bien marqué. Parfois le malade se plaint d'une saveur métallique, alliacée ; dans certains cas, dans l'obscurité, l'haleine peut être phosphorescente. Pratiquement, peu de chose tout au début. Mais bientôt, les troubles digestifs entrent en scène ; il s'agit d'abord de douleurs vagues, d'une sensation de brûlure, de pesanteur œsophagienne et stomacale ; puis les *vomissements répétés excessivement pénibles* complètent le tableau et leur intensité le dramatise dans bien des cas. Ce sont des vomissements muqueux et bilieux où *l'on trouve très exceptionnellement un peu de sang.* Les matières vomies renferment souvent des bouts d'allumettes ou des débris de pâtes phosphorées facilement reconnaissables.

L'abdomen est météorisé, douloureux. La diarrhée s'installe. Ce sont des selles abondantes, répétées, muqueuses et filantes qui renferment des substances grasses, quelquefois un peu de sang.

Au bout de 24 heures, de 36 heures après cette période qui répond à la réaction de l'organisme tendant à expulser son phosphore, on note une période de rémission, d'accalmie, *les symptômes digestifs disparaissent pendant un jour ou deux, le malade semble sauvé.* Il ne faut pas s'y tromper. Il ne s'agit que d'un entr'acte comme on en retrouve à toutes les périodes de l'intoxication phosphorée, même à la phase ultime de son évolution quelques heures avant la mort.

Bientôt en effet surgissent de nouveaux accidents.

C est l'ictère léger d'abord, et qui imprègne de plus en plus les téguments parallèlement aux progrès de l'intoxication. Il est révélateur, non pas d'une

✦✦✦

obstruction des voies biliaires — les matières ne sont pas décolorées — mais d'une lésion de la cellule hépatique qui est compromise dans sa fonction, dans sa vitalité ; c'est ce que nous apprendra l'anatomie pathologique dont nous dirons un mot,chemin faisant : quoi qu'il en soit, l'ictère, l'hypertrophie du foie, cliniquement, nous prouvent que cet organe est touché, et cette hypertrophie peut dépasser les fausses côtes, atteindre la fosse iliaque, où la palpation le révèle lisse, assez mou, mais douloureux.

La rate augmente de volume pour atteindre des dimensions notables, si l'évolution est un peu longue.

Les urines présentent peu de modifications au début, elles deviennent rares ensuite, puis troubles ; elles renferment des pigments biliaires, de la leucine et de la tyrosine ; on ne trouve pas d'urée, mais en revanche une grande quantité de sels ammoniacaux.

Dans le *phosphorisme aigu*, il y a toujours quelque chose à noter dans l'appareil cardio-vasculaire. Le cœur bat mollement, présente dans son rythme des irrégularités, des intermittences ; il s'agit bien souvent d'embryocardie. On a cité, parallèlement à l'ictère, la lenteur des mouvements du cœur tout comme pour d'autres ictères.

Le pouls est petit, filiforme et la tension artérielle très abaissée ; et comme corollaire, la cyanose et le refroidissement périphérique, les lipothymies et l'état syncopal. Enfin, les hémorragies (épistaxis, melœna, hématuries, hématémèses) peuvent être observées.

Le poumon généralement est intact, bien qu'une dyspnée « sine materia » d'origine bulbaire s'installe fréquemment. Ce sont des troubles nerveux multiples, céphalalgie, rachialgie, secousses musculaires, crampes et contractures, tributaires pour Henschen de névrites phosphorées. Les troubles de la sensibilité des troncs nerveux à la pression, engourdissement, fourmillements, douleurs spontanées, et aussi des troubles moteurs sont très fréquents. La marche peut devenir impossible.

L'intelligence reste intacte le plus souvent jusqu'à la fin, où l'on peut noter de l'agitation, du subdélire.

La température présente quelques oscillations irrégulières ; au moment de la mort,on note souvent de l'hypothermie. La mort est très fréquente. On la signale dans plus de la moitié des cas : elle peut survenir brusquement par syncope ou progressivement dans le collapsus. Exceptionnellement, une hémorragie cérébrale ou pulmonaire emporte le malade.

Quand la guérison doit terminer la maladie, elle s'annonce par l'apaisement des troubles digestifs et des troubles cardiaques. La polyurie peut constituer une véritable crise.

La convalescence est toujours longue ; l'affaiblissement musculaire, les troubles intestinaux inquiètent longtemps le malade.

L'intoxication aiguë dure de huit à dix jours.

L'*intoxication chronique*, nous l'avons dit, était la destinée de nombreux allumettiers quand on se servait de phosphore blanc dans nos manufactures. Quelquefois en quelques semaines, d'autres fois et le plus souvent au bout de plusieurs années, les troubles digestifs, dyspepsie, coliques douloureuses, anorexie, ouvraient la scène. Bientôt survenaient des céphalalgies, la perte de la mémoire, l'engourdissement des membres, l'irritation des voies respiratoires, la dyspnée.

Au bout de quelque temps, on note *l'haleine phosphorescente*. Mais surtout s'établit *la cachexie* spéciale qui se manifeste par de l'anorexie absolue, l'amaigrissement, la teinte jaunâtre de la peau, et une dépression intellectuelle notable. Mais ce qui caractérise le phosphorisme chronique, c'est l'*altération spéciale des mâchoires* appelée le mal chimique, la *nécrose phosphorée*.

Elle peut s'établir très rapidement, quelques semaines après les débuts de l'ouvrier dans l'usine, le plus souvent beaucoup plus tard, deux ou trois ans après. Les gencives se tuméfient, deviennent rouges, les dents se carient, se déchaussent et la pression des gencives fait sourdre du pus. En introduisant un stylet dans la fistule, on sent l'os dénudé. Progressivement, les dents tombent, la mastication devient très difficile. Un pus très fétide sort des fistules et s'écoule dans la bouche, la nécrose osseuse envahit le maxillaire inférieur, et si l'on n'intervient pas, les maxillaires supérieurs, les os malaires, la base du crâne. L'état général s'aggrave rapidement et la mort survient par le progrès de la cachexie ou à l'issue d'une complication : dégénérescence graisseuse, amyloïde, des viscères, septicémie, méningite de la base, érysipèle,pneumonie, bronchopneumonie.

Un mot d'anatomie pathologique. Il s'agit d'une stéatose des organes, — foie, rein, — d'hémorragies intestinales, ou des séreuses : péritoine, plèvre, péricarde ; avec teinte terreuse de l'épiderme.

Le traitement — quand on arrive peu de temps après l'accident et même au bout de plusieurs heures, le phosphore mettant longtemps à être absorbé, — consiste en lavages d'estomac, purgatifs salins et lavements répétés. Comme antidote, on a préconisé la térébenthine en capsules : 2 à 4 grammes, ce qui a donné de bons résultats. Récemment,on a insisté sur les bons effets d'une solution de sulfate de cuivre à 1 pour 100 pour les lavages stomacaux et les lavements.

Depuis peu de temps, certains médecins ont produit des statistiques dont la mortalité était réduite de moitié grâce à l'emploi du permanganate de potasse en solution à 0 gr. 20 pour 10000 pour les lavages d'estomac et à 0 gr. 10 pour 1000 pour l'intestin. De plus,ingestion par la bouche d'une solution appropriée de permanganate de potasse par cuillerées à soupe toutes les deux heures.

On s'abstiendra évidemment des émulsions huileuse qui, en dissolvant le phosphore, le font absorber plus rapidement.

Quant à l'intoxication chronique par le phosphore, il est en réalité plus facile de la prévenir que de la

guérir. En effet les hépatites et les néphrites des allumettiers ne sont pas curables ; il y a une destruction anatomique.

Quoi qu'il en soit, on favorisait naguère l'élimination du phosphore par un régime approprié, le régime lacté. On tentait l'oxydation du phosphore par des inhalations d'oxygène, et par l'ingestion de térébenthine, 3 à 4 gr. en capsules toujours pour favoriser l'oxydation du phosphore.

Au point de vue prophylactique, lavages de la bouche avec une solution antiseptique, brossage et savonnage des dents. Pour Magitot, les dents cariées serviraient d'autant de portes d'entrée pour le phosphore. Pour d'autres auteurs, les individus aux dents saines peuvent être atteints de nécrose phosphorée. Une fois la nécrose constituée, il ne peut être question que d'un traitement chirurgical, l'ablation du séquestre formé.

Encore une fois, en pratique, il s'agira d'un accident le plus souvent aigu, qu'il faudra traiter promptement et énergiquement si l'on veut sauver un malade qui, sinon, mourrait en 8 ou 10 jours dans les plus atroces souffrances.

Félix Mage.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Traumatismes et tuberculoses.

D'après les Prof. E. Forgue et E. Jeanbrau (de Montpellier).

Nous analysons dans le *Guide du médecin dans les accidents du travail* de MM. E. Forgue et Jeanbrau la question délicate des *traumatismes et tuberculoses.*

Le *Guide* des savants professeurs de Montpellier, dont la 3e édition vient récemment de paraître, est le manuel le plus complet, le plus clair, le plus documenté sur les accidents du travail ; sans doute il est certains points où les auteurs émettent des opinions qui ne sauraient être absolument les nôtres, mais cela ne doit pas nous empêcher de reconnaître toute la valeur de leur ouvrage qui peut rendre les plus grands services aux médecins praticiens appelés à soigner les accidentés du travail.

Nous avons tenu à analyser le chapitre *Traumatismes et tuberculoses*, parce que M. Jeanbrau fut rapporteur de cette question au *XXe Congrès de l'Association française de chirurgie* (oct. 1907) et qu'il est le chirurgien qui l'a le mieux étudiée.

***

On peut toujours ramener à trois éventualités cliniques les faits dont on recherche la pathogénie du rôle des traumatismes en cas de production de tuberculose externe :

1° Une plaie est suivie de tuberculose locale dans la région blessée ;

2° Un traumatisme fermé (contusion ou entorse) est invoqué comme cause de tuberculose locale ;

3° Chez un malade en puissance de tuberculose, un traumatisme avec ou sans plaie est suivi d'une granulie mortelle.

I. Tuberculoses locales développées au niveau d'une plaie. — Ici aucune interprétation ne peut être plus aisée, l'inoculation de la tuberculose locale est directe, comme dans le tubercule anatomique qui est une forme bénigne. Il n'y a pas de doute : *l'accident a été le générateur de l'affection et sa responsabilité est totale et exclusive.*

II. Tuberculoses locales apparues après des traumatismes sans plaie. — Les discussions ont été longues à ce sujet. Les faits cliniques ne suffisent pas à éclairer la question pathogénique de ces tuberculoses. Lannelongue et Achard ont établi que les grands traumatismes guérissaient chez les tuberculeux sans déterminer de localisations tuberculeuses. Ce sont surtout les traumatismes faibles, bien que cela paraisse paradoxal, qui sont accusés d'avoir provoqué la tuberculose locale ; les entorses si souvent considérées comme origine d'une tumeur blanche sont souvent la conséquence, chez les enfants, d'une arthrite ignorée ; enfin les individus qui attribuent un abcès froid à un traumatisme sont souvent porteurs de tuberculoses viscérales.

Cependant les expériences de Max Schüler faites en 1880, consistant en production d'arthrites pyohémiques chez des animaux traumatisés après inoculations de crachats tuberculeux et de suc de tissus caséeux paraissent bien établir la pathogénie des tumeurs blanches traumatiques.

En 1890, les expériences de von Krause avec des cultures de bacilles de Koch déterminèrent des granulies généralisées et les jointures traumatisées présentèrent des lésions analogues aux jointures indemnes.

En 1898, Lannelongue et Achard n'obtinrent pas les mêmes lésions que Max Schüller en inoculant des cultures pures de bacilles tuberculeux, mais ils les déterminèrent en inoculant comme lui des crachats et des produits caséeux.

Pétrow, en 1904, établit expérimentalement : 1° que des bacilles de Koch peuvent exister dans les épiphyses de lapins tuberculisés par voie veineuse, sans provoquer de lésions macroscopiques, trois mois et demi après l'inoculation ; 2° que *sous l'influence de traumatismes violents pratiqués*

(1) E. Forgue et E. Jeanbrau. — *Guide du médecin dans les accidents du travail.* Masson et Cie, édit., Paris. Prix : 9 fr.

quelques heures avant la tuberculisation, il a pu obtenir des localisations articulaires. Jeanbrau, Rodet, Ribera y Sans n'obtinrent dans leurs expériences que des résultats négatifs. Mais Petrow a nettement établi que si le traumatisme n'est pas fixateur du bacille de Koch, il joue nettement un rôle aggravateur.

Or, il n'est pas douteux que plus de la moitié des adultes, morts d'affections autres que la phtisie, sont porteurs de foyers virulents ou éteints de tuberculose locale. Nœgeli (de Zurich) affirme qu'entre 14 et 30 ans dans la population hospitalière, 73 pour 100 sont tuberculeux, et le même auteur prétend *qu'il n'a pu trouver à l'autopsie un seul homme au-dessus de 30 ans qui ne fût pas tuberculeux.*

Le plus souvent le traumatisme révèle une tuberculose locale ignorée. Très souvent, une lésion à marche torpide ou latente est aggravée par un traumatisme et évolue alors rapidement. Ex : les coxalgiques guéris en apparence, qui, si on les fait marcher prématurément et s'ils font une chute, voient se produire une poussée aiguë ; les épididymites bacillaires chroniques auxquelles un choc donne un coup de fouet et provoque la suppuration ; les maux de Pott latents révélés par l'aggravation due à une chute, un choc, une flexion forcée du rachis.

Enfin, comme le prétendent Pétrow et Calot (de Berck), le foyer traumatique peut se tuberculiser s'il est en connexion par voie lymphatique avec un foyer tuberculeux. Le traumatisme fait le lit à la tuberculose, la localise.

Ainsi donc, selon les cas, le traumatisme fermé a un rôle révélateur, aggravateur, localisateur. MM. Forgue et Jeanbrau avec raison font remarquer qu'il ne crée pas la tuberculose, mais, cela en pratique, ajouterons-nous, n'a pas une réelle importance, puisque la grosse majorité des individus, la presque totalité, passés trente ans, porte des foyers tuberculeux en évolution ou latents.

III. Tuberculoses généralisées a la suite des traumatismes ouverts ou fermés. — La généralisation de la tuberculose à la suite de grattages et d'interventions chirurgicales sur les tuberculoses locales étaient fréquentes avant l'antisepsie. Verneuil et Ollier mettaient à ce sujet en garde les chirurgiens. Depuis, ces infections sont devenues plus rares, mais existent. Un traumatisme sans plaie déchirant un foyer tuberculeux en voie de guérison spontanée peut provoquer une bacillémie qui aboutira à la granulie ou à la méningite, mais il faut aussi tenir compte des méningites et des granulies en voie d'évolution lors de l'apparition du traumatisme. L'autopsie permettra de se rendre compte si la généralisation doit son origine au foyer tuberculeux traumatisé ou à la coïncidence de l'évolution de la granulie.

Rôle des traumatismes dans la tuberculose pulmonaire.

Un traumatisme thoracique avec ou sans fracture de côte chez un homme bien portant en apparence peut démasquer une tuberculose latente ; à plus forte raison il peut aggraver une tuberculose pulmonaire en évolution. Exceptionnellement il peut, chez un sujet sain, placé dans des conditions de mauvaise hygiène, amorcer la tuberculose pulmonaire ou pleurale.

Interprétation médico-légale du rôle des accidents dans la production des tuberculoses externes.

Comment interpréter la responsabilité clinique de l'accident ?

1° *Tuberculose inoculée au moment de l'accident* (médecin, infirmier, employé de désinfection, blanchisseuse, etc.). L'accident doit être indemnisé dans toutes ses conséquences, la mort comprise, si elle survient.

2° *L'accident révèle une tuberculose préexistante* (entorse par exemple d'un ouvrier portant un fardeau, alors qu'il est atteint d'une tumeur blanche en évolution). Le tribunal civil de Lorient (6 mars 1906. *Rec. sp.*, juin 1906, p. 73) accorde seulement une indemnité temporaire et le remboursement des frais médicaux. Il refuse la rente viagère due à une incapacité permanente partielle qui n'est pas la suite immédiate ni directe de l'accident

3° *Le trauma qui aggrave une lésion à évolution lente et en accélère la marche* est, d'après MM. Forgue et Jeanbrau, *entièrement responsable.* Les auteurs se rangent dans leur nouvelle édition à l'avis de Mosny (*Ac. de méd.*, 1909) parce que la loi de 1898 ne permet pas de réduire le chiffre de l'incapacité à cause de l'état antérieur, ensuite parce qu'en supposant que l'état antérieur aurait pu créer l'incapacité, on se baserait sur une pure hypothèse : celle de ce qui serait advenu sans l'intervention du traumatisme. Nous devons féliciter M. Jeanbrau d'avoir aussi franchement reconnu que dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1907, il avait fait sur ce point une erreur en concluant à une responsabilité partielle de l'accident dans les tuberculoses aggravées ;

4° Il en est de même dans le cas où *l'accident a localisé une tuberculose sur une région saine ou qui paraissait telle* ;

5° Comment interpréter la *généralisation tuberculeuse par accident* ?

L'interprétation minutieuse des résultats d'une autopsie soigneusement faite permettra cette interprétation, en s'aidant de l'histoire clinique de la victime. On devra chercher à se rendre compte de l'importance plus ou moins grande du foyer initial.

Expertises médico-légales dans les tuberculoses pulmonaires.

I Accident aggravateur chez un phtisique. — Chercher à préciser : *a*) depuis quand l'ouvrier était malade ; *b*) à quel degré il était arrivé au moment de l'accident ; *c*) dans quelle proportion la maladie avait réduit sa capacité ouvrière et par suite son salaire ; *d*) le siège et la nature du traumatisme ; *e*) la marche probable de la maladie en l'absence de tout traumatisme intercurrent.

Evaluer autant que possible quelle aggravation l'accident a imprimée à la maladie au double point de vue de l'incapacité du travail d'abord, du pronostic vital ensuite.

II. Accident révélateur chez un tuberculeux latent en apparence bien portant.

Rechercher et préciser : *a*) les antécédents morbides personnels du sujet (bronchites, pleurésies, tuberculoses locales, adénites, abcès froids ; *b*) son état au moment de l'accident et la nature du travail auquel se livrait journellement l'ouvrier ; *c*) la région thoracique sur laquelle a porté le choc, la nature des lésions produites par ce dernier (contusion, fracture de côte, hémothorax, plaie pénétrante avec hémopneumothorax, etc.) ; *d*) l'intervalle entre l'accident et les premiers symptômes de tuberculose ; *e*) l'évolution de cette dernière (signes stéthoscopiques, constatation des bacilles dans les crachats.)

Quand le traumatisme est aggravateur d'une tuberculose confirmée en voie d'évolution, l'issue de la maladie étant fatale en dehors de l'accident, celui-ci est comparable à toute complication qui avance le terme d'une maladie mortelle.

Quand le traumatisme a démasqué une tuberculose latente, il porte au blessé un préjudice aussi grand que s'il le rendait effectivement tuberculeux.

Etat de la jurisprudence.

La Cour de cassation a déclaré que *les juges ne doivent pas distinguer dans les suites d'accidents la part qui revient à une maladie préexistante et celle qui est la résultante directe du traumatisme.* Donc tout accident qui a joué un rôle nettement constaté dans l'éclosion, l'aggravation ou la localisation d'une tuberculose est intégralement et exclusivement responsable.

Sachet, dans son *Traité théorique et pratique de la législation sur les accidents du travail* (5e édit., no 466 et suiv.), précise les 4 conditions que les tribunaux exigent pour conclure que chez un tuberculeux l'accident a réellement causé l'aggravation et l'issue mortelle :

1o Il faut que l'accident soit nettement caractérisé et particulièrement propre par sa nature à aggraver l'affection préexistante ;

2o Il faut que l'aggravation se manifeste par des symptômes caractéristiques et d'une nature telle que leur cause puisse se rattacher à l'accident ;

3o Il faut que les premiers symptômes se soient manifestés peu de temps après l'accident, quelques jours au plus, puisque la maladie était en évolution ;

4o Il faut enfin que la maladie préexistante ne soit pas, au moment où survient le traumatisme, arrivée à sa dernière période, au point que la mort n'est qu'une question de jours.

En résumé, concluent MM. Forgue et Jeanbrau au point de vue de la loi de 1898 :

La tuberculose *révélée* ne donne droit qu'à l'indemnité temporaire et ne donne pas droit à une rente.

La tuberculose *inoculée, aggravée* ou *localisée* chez un individu, en apparence sain au moment de l'accident, donne droit à la rente d'incapacité permanente qu'elle entraîne chez le blessé. Mais il faut que le rapport entre le traumatisme et l'inoculation, l'aggravation ou la localisation soit nettement prouvé. La tendance de la jurisprudence est de se montrer très réservée dans l'appréciation de cette preuve. Elle admet cependant un rapport de cause à effet lorsque le blessé, bien qu'ayant d'autres localisations tuberculeuses, ne présentait pas avant l'accident de symptômes bacillaires sur le membre traumatisé.

J. Noir.

MÉDECINE PRATIQUE

Interprétation clinique d'une analyse d'urine.

Une famille que nous ne connaissons pas entre dans notre cabinet de consultation et, pour certains motifs, qu'elle ne nous communique pas, nous prie de lui expliquer les termes d'une analyse d'urine qu'elle nous remet. Voici le résumé de cette analyse d'urines :

Mlle X., 15 ans.
Poids : 44 kilogs.
Vol. des urines émis dans les 24 h. : 430 cmc.
A. Hypoexcrétion des chlorures, phosphates, urée.
B. Traces d'albumin
C. Présence d'urobiline.
Tous les autres éléments sont normaux.

Comme *antécédents héréditaires*, la famille accuse une grand'mère morte bacillaire à 80 ans. Le père est neuro-arthritique ; la mère, emphysémateuse.

Comme *antécédents personnels* à la jeune fille,



on nous signale une atteinte de scarlatine et de rougeole en bas âge, et une génualgie à l'âge de 13 ans. Depuis, cette jeune fille, qui suit les cours du lycée, est obligée d'interrompre ses études, en raison de céphalées violentes, qui n'ont de cesse que le soir.

Pas de constipation, pas de troubles de la vision.

D'autre part cette jeune fille est normalement réglée et a l'aspect extérieur d'une bonne santé.

Voici les réflexions que nous avons soumises à la famille de la jeune malade :

A. 1° La *diminution des chlorures, phosphates, urée,* indique souvent une affection par *ralentissement de la nutrition.*

Dans le cas présenté, cela nous paraît d'autant plus probable que le père est un neuro-arthritique avéré.

2° Cette diminution des chlorures, phosphates, urée, s'accompagne souvent d'un *souffle anémique au niveau des jugulaires* ; il faudrait donc que le médecin de famille recherche ce signe.

B. Les traces d'*albumine* peuvent être attribuées :

1° Soit à une *néphrite interstitielle* au début. Cette hypothèse s'appuie sur le fait de l'*oligurie,* car pour son poids, cette jeune fille n'élimine que 430 gr. d'urine, au lieu de 900 ou 1.000, qui serait le volume normal. Notons, en outre, que la malade a eu la *scarlatine* : chacun sait combien cette affection frappe le rein pour longtemps.

Le diagnostic de néphrite interstitielle s'appuiera sur la recherche de la tension *artérielle* avec l'appareil de Pachon, dont nous ne saurions trop recommander l'usage, ou tel autre sphygmomanomètre que le médecin de famille aurait en sa possession. On sait que dans la néphrite interstitielle, l'hypertension est de règle.

2° Soit à une lésion de *tuberculose rénale au début.* L'examen, au microscope, du culot obtenu par centrifugation, permettrait de déceler la présence des « tubuli », qui, si elle est constatée, confirmerait notre hypothèse.

Inoculation au cobaye, recherche du bacille de Koch aideraient à démêler le diagnostic.

3° Soit à de la *leucorrhée vaginale,* qui, mélangée à l'urine, peut faire faire une erreur de diagnostic. Il sera bon que le médecin de famille prélève l'urine directement dans la vessie; toute ause d'erreur sera ainsi supprimée.

4° Soit à une position fatigante de la jeune fille : la station debout (*orthostatisme*) nécessitée par exemple, par certaines études de dessin.

C. La présence de l'*urobiline,* dérivé de la bilirubine et produit de désassimilation de l'hémoglobine, est, d'après Hayem, « le pigment du foie malade ».

Bien que certains auteurs n'attribuent aucune valeur à la recherche de cet élément, nous ne partageons nullement leur avis et systématiquement, nous orientons notre examen clinique du côté du foie, chaque fois que l'urobiline nous est signalée dans les urines.

Dans le cas que l'on nous prie d'interpréter, Mlle X. peut présenter une *insuffisance hépatique* qui commence à se faire jour. Chose très possible, si l'on songe que cette jeune fille, pensionnaire au lycée, mange trop vite, digère et assimile mal, surcharge son foie, et qu'en outre, son père, neuro-arthritique, lui ayant légué son terrain, elle peut s'acheminer vers une lithiase biliaire.

Comme conclusions, la famille nous demande quel traitement il conviendrait d'appliquer à sa fille. Nous nous récusons, n'ayant point vu la malade; nous conseillons la vie au grand air, l'hydrothérapie tiède (33°), *en pluie,* sous une faible pression, pendant 1 à 2 minutes, avec un *jet* à 40° de 10 secondes, sur les jambes et les pieds. Comme régime, le lait et les légumes, un exercice modéré, le repos en chaise longue, 2 heures le matin, 3 heures le soir. Faire pratiquer une analyse d'urines chaque 15 jours. Demander au médecin traitant une visite hebdomadaire, et le prier de faire examiner le fond de l'œil par un spécialiste.

DIVERNERESSE et MOLINÉRY

HYDROLOGIE THERMALE

Les diarrhées aux eaux minérales.

Nombre d'observateurs ont dit et redit bien souvent depuis quelques années que les eaux de Châtel-Guyon ne sont point des eaux laxatives. En 1905, Esmonet mettait exactement la question au point dans son travail sur « le mécanisme d'action de quelques eaux dites purgatives », et tout dernièrement encore, ici même, le Dr Ausset, de Lille, s'insurgeait à son tour contre le qualificatif de laxatif ou de purgatif que trop de médecins ou de laïques assignent encore à nos eaux : « L'eau de Châtel-Guyon, je ne cesserai jamais de le répéter, n'agit pas comme eau laxative, comme celle de Carlsbad....., Châtel-Guyon ne purge pas ». Dans un ouvrage récent et qui fait autorité en pays anglais, « Climatotherapy and Balneotherapy » (Sir Herman Weber et Dr F. Parkes Weber), nous relevons cependant la phrase suivante : « Par suite de leurs combinaisons de chlorures et de fer et de leurs effets laxatifs, ces eaux ont été quelquefois appelées le Kissingen français. » Enfin, dans leur pratique saisonnière, tous les médecins de Châtel-Guyon se heurtent bien souvent à l'objection injustifiée de Châtel-Guyon laxatif ; ainsi un de nos malades, soigné il y a quelques années à Châtel-Guyon où il était venu guérir une vieille constipation,

et souffrant actuellement d'une colite à débâcles, nous écrivait précisément il y a quelques jours : « Que penseriez-vous d'une cure à Châtel ? ON me fait l'objection que Châtel-Guyon est pour la constipation, or pour moi, c'est maintenant le contraire », et plus loin : « mon médecin me conseille de me méfier des effets laxatifs de Châtel-Guyon. »

En présence de cette opinion si injustifiée et si inconsidérée, et de cette erreur encore si fortement ancrée dans l'esprit du corps médical et du grand public, il nous a paru opportun de relater ici deux observations de malades que nous avons vus au cours de la saison passée, car elles nous ont semblé particulièrement instructives et convaincantes :

I

OBSERVATION I

M. N.., 41 ans, fonctionnaire colonial, marié mais sans enfants, a fait toute sa carrière en Indo-Chine, où il est né. Première enfance sans incidents notables, à part quelques maladies (rougeole, coqueluche, etc.) sans nulle gravité. A 16 ans, fièvre typhoïde (?) bénigne, mais depuis laquelle le malade a toujours eu « les intestins très délicats ». Au début c'étaient des « attaques de cholérine », survenant toutes les quatre ou cinq semaines, sans cause apparente, et que la diète et l'opium calmaient rapidement. Petit à petit les choses ont empiré et les crises de diarrhée sont devenues de plus en plus fréquentes,si bien que depuis une vingtaine d'années, le malade n'a pas souvenance d'une seule selle normale.

A son arrivée à Châtel-Guyon l'été passé, le malade pèse 63 kilos, pour une taille de 1 m. 76 ; son visage surtout est émacié et son teint est jaunâtre. Il affirme n'avoir jamais fait d'excès d'aucune sorte ; pas de paludisme ni de syphilis ; rien de suspect dans ses antécédents héréditaires. Il a essayé toutes sortes de remèdes et de traitements, depuis les ferments lactiques jusqu'aux spécialités des « grands quotidiens », le tout sans résultat appréciable ; à l'heure actuelle il a de deux à cinq selles liquides par jour, dont une après le repas de midi et du soir, généralement sans coliques : il se sent soudain pris d'un besoin violent et irrépressible auquel il doit obéir immédiatement ; les selles sont de couleur, d'odeur et de réaction normales, mais leur consistance est celle d'une purée claire et homogène, sans scybales, membranes ni mucus. Le malade n'a d'ailleurs jamais noté ni mucosités ni membranes. A l'examen, nous trouvons un abdomen à muscles très apparents, sans points douloureux à la pression même énergique, et un côlon facilement palpable et à spasmes innombrables ; ces spasmes sont variables comme étendue et comme intensité d'un moment à l'autre et donnent dans le côlon transverse la sensation d'un chapelet de boules que la palpation ferait glisser. Le foie est un peu gros et sa sensibilité est normale. A l'auscultation du cæcum, on perçoit des gargouillements dans les délais normaux après le repas, et l'on peut en conclure que la traversée de l'intestin grêle se fait dans les délais normaux. L'estomac n'est ni sensible ni dilaté. Le malade se déclare excédé de cette éternelle incontinence intestinale et de ces troubles digestifs qui paraissent avoir eu un profond retentissement sur son système nerveux : insomnies, « agacements » et « sautes de caractère » sans rime ni raison et qui rendent cet état de choses fort pénible pour l'entourage. Activité sexuelle qui confine à l'impuissance. La quantité d'urine des 24 heures est normale et l'analyse n'y révèle rien de particulier. Rien du côté du cœur : circulation normale.

Nous prescrivons des doses très faibles et réfractées de la Source Germaine et de la Source Marguerite (en raison de la température plus élevée de ces sources) à prendre vers la fin de la matinée et de l'après-midi ; bains à eau courante journaliers aux Grands-Thermes de 5 à 6 minutes de durée, suivis d'une douche sous-marine courte et légère. Le régime que le malade observe depuis longtemps doit être strictement poursuivi (régime farineux, sec surtout). Enfin, ayant eu récemment à nous louer dans un cas analogue de l'agar-agar, et malgré cette indication paradoxale, nous prescrivons deux cuillerées à dessert d'agar-agar granulé à prendre avec une minime quantité d'eau dans le courant de chaque repas, notre but étant simplement d'absorber ainsi l'excès des sécrétions intestinales.

Le malade, arrivé à Châtel-Guyon le matin de bonne heure, a le premier jour cinq selles liquides, « en fusées », dit-il, c'est-à-dire absolument irrépressibles, une après chaque repas et une autre dans le courant de la matinée et de l'après-midi ; deuxième jour, trois selles post-prandiales ; troisième jour, trois selles aussi, mais de consistance moins liquide ; quatrième jour trois selles encore, mais à consistance de purée de pomme de terre épaisse. Le cinquième jour, deux selles, une après le repas de midi et l'autre après le repas du soir, presque moulées, c'est-à-dire que la fin de chacune d'elles est de consistance presque normale. A la fin de la première semaine, il y a toujours deux selles post-prandiales (1 heures et 7 heures),mais elles sont nettement moulées et d'aspect normal. Pendant la semaine suivante le traitement est poursuivi sans modifications et le résultat reste le même. A ce moment, nous commençons à augmenter très graduellement les doses d'eau et à diminuer les doses d'agar-agar en même temps que nous élargissons peu à peu le régime ; à la fin de la quatrième semaine de traitement, le malade ne prend plus d'agar depuis quelques jours, il en est à des moyennes d'eau, et a toujours deux selles post-prandiales de consistance molle, mais somme toute moulées et normales. Il a engraissé de 2 k. 750 et son moral est excellent. Le côlon est encore spasmé en certains points, mais ces spasmes sont infiniment moins nombreux qu'au début et parfois même, on n'en perçoit aucun. Le malade quitte Châtel pour aller faire un séjour à la campagne ; après une quinzaine de jours d'arrêt, il doit reprendre un

cure légère de Châtelguyon-Gubler et élargir graduellement son régime.

Depuis le départ de Châtel-Guyon (23 août 1913), tout a continué à bien aller, à part une petite rechute d'une semaine environ que le malade attribue à une grippe, dans les premiers jours de novembre. Il a continué à engraisser et son état général est toujours excellent. Son alimentation est maintenant une alimentation mixte ordinaire, à part, bien entendu, les légumes et fruits cuits. Les deux selles journalières restent les mêmes.

II

Observation II

M. D.., 39 ans, employé de bureau, non marié, a eu une première enfance très mouvementée : gastro-entérite, dysenterie (?), nombreuses maladies du premier âge. A 14 ans, fatigué par une croissance excessive et par des diarrhées fréquentes, il a dû interrompre ses études et on l'a envoyé passer un an à la montagne. La vie au grand air lui a pleinement réussi, et l'enfant a pu reprendre sa vie normale et ses études. Depuis cette époque jusqu'au service militaire, rien à signaler ; à ce moment, pendant les grandes manœuvres dans les Alpes, crise de diarrhée à la suite d'ingestion d'eau glacée (?). Depuis lors et jusqu'en 1908, rien ne vient troubler la régularité de la vie de M. D.., ; en janvier 1908, à la suite d'un inventaire qui lui a demandé beaucoup de travail supplémentaire et de veilles, survient une grippe (?) dont il ne se remet que difficilement, et presque aussitôt apparaît une colite muco-membraneuse qui s'installe d'emblée et qui nécessite une suspension totale du travail En juillet 1908, M. D... vient faire une saison à Châtel-Guyon pour cette colite qui est marquée par des alternatives assez régulières de constipation et de diarrhée, avec peu de membranes mais beaucoup de mucosités. Cette saison le remet suffisamment pour qu'il puisse reprendre presque immédiatement ses occupations, et une seconde saison en 1909 le rétablit complètement. Au commencement de 1913, nouveau surmenage aggravé de chagrins de famille, à la suite desquels apparaît une diarrhée persistante que tous les traitements essayés successivement sont impuissants à arrêter. Il y a alors jusqu'à cinq selles par jour, « comme de l'eau », fétides et souvent verdâtres. L'appétit serait bon si le malade n'était « écœuré » par le régime très sévère. C'est dans cet état que le malade nous arrive en juillet, affolé de la persistance de ces troubles et désespéré de l'échec récent d'une cure tentée en Suisse, après tant d'autres échecs successifs. Il est fort amaigri et ne pèse que 61 kilos pour une taille de 1 m. 80. Son état général est mauvais et son moral déplorable ; il est persuadé que sa fin est proche, car il a perdu tout espoir de guérison. A l'examen, nous trouvons un « côlon cordé » et spasmé sur toute la longueur du transverse, sans aucun point douloureux, mais avec des muscles abdominaux faibles et relâchés. (Le malade porte une sangle abdominale). Le foie est très gros et sensible. L'estomac est petit et indolore. La phonendoscopie du cæcum donne des résultats satisfaisants. Urine normale comme quantité et qualité. La moyenne des selles est de trois à quatre jours, généralement une après le repas de midi et du soir et les autres à des moments variables de la journée, et elles sont souvent accompagnées d'un ténesme fort pénible. Ces selles sont fort liquides, homogènes, fétides, souvent verdâtres et les deux selles post-prandiales surtout sont copieuses. Il y a exceptionnellement un peu de mucus jaune verdâtre.

Nous prescrivons le même traitement hydro-minéral et diététique que pour le malade de l'observation I, mais sans agar-agar, et commençons à faire de la psychothérapie « pratique ». Au bout de la première semaine, les selles sont toujours liquides, mais elles sont un peu moins fréquentes, moins irrépressibles et il n'y a plus de ténesme. Dans le courant de la deuxième semaine, il y a encore trois selles par jour, mais leur consistance est devenue pâteuse et leur coloration uniformément bronzée. Nous augmentons alors très graduellement les doses d'eau et nous avons la satisfaction de voir enfin des selles molles mais moulées le quinzième jour ; l'odeur est maintenant normale et la coloration bronzée se maintient. Il n'y a qu'exceptionnellement une selle dans la matinée ou l'après-midi en outre des deux selles post-prandiales de midi et de sept heures. Le malade engraisse, dort et a repris confiance. Le vingt-neuvième jour, il part « transformé », dit-il. Le côlon présente encore quelques spasmes échelonnés et le foie peut être considéré comme normal. Le ténesme et le mucus n'ont pas reparu.

Le malade va passer deux mois à la montagne : il doit continuer sa cure à la maison avec du Châtel-Guyon-Gubler et peu à peu modifier très graduellement son régime. A la fin de son congé, il ne doit se remettre que très progressivement à ses occupations. Dans la dernière lettre qu'il nous a adressée (7 janvier 1914), il déclare continuer à aller bien, toujours avec deux selles post-prandiales molles mais moulées ; il a eu un peu « d'irrégularité » au moment de Noël (repas de famille ?), aussi il continue à observer un régime assez strict où les féculents jouent le principal rôle, mais qu'il varie avec quelques viandes grillées bien cuites et quelques légumes cuits.

On ne manquera sans doute pas de nous faire remarquer que les deux malades qui font l'objet des deux observations ci-dessus étaient des « nerveux », arrivés à Châtel-Guyon avec « la foi », surtout en ce qui concerne M. D.., qui avait déjà été guéri une première fois par nos eaux ; il n'y a donc là, dira-t-on, qu'une de ces cures de grands nerveux, comme on en observe fréquemment un peu partout. Certes, il est possible que nos patients efforts de psychothérapie journalière aient contribué à modifier utilement l'état de nos malades, en les mettant en état de meilleure réceptivité, pour ainsi dire. Mais c'est par-dessus tout à l'action du traitement hydro-minéral pro-

prement dit qu'il convient en toute justice d'attribuer ce double résultat : la meilleure preuve, la « preuve palpable », c'est l'atténuation, puis la disparition que nous avons observée de la majeure partie des spasmes, graduellement et pour ainsi dire jour après jour ; nous avons ainsi vérifié cliniquement le « processus cumulatif » dont parlait le Dr Ausset dans l'article si documenté que nous signalions en commençant, et grâce auquel « l'action d'un jour s'ajoute à celle de la veille jusqu'au moment où la fonction normale est rétablie ». Chez nos deux malades, il s'est produit une de ces régularisations qui sont le propre de Châtel-Guyon : Les oscillations du pendule intestinal, d'abord irrégulières et « désordonnées », sont peu à peu redevenues normales et régulières, car l'eau de Châtel-Guyon agit en rétablissant le rythme régulier de la contraction musculaire intestinale, c'est-à-dire l'équilibre entre les fibres longitudinales et les fibres circulaires. C'est là la seule interprétation plausible des deux observations relatées ci-dessus.

Dr A.-E.-E. Reboul,
Fellow of the Royal Society of medicine, London,
Médecin consultant à Châtel-Guyon

Petite correspondance de médecine pratique

A propos des injections intratrachéales.

Revendication et rectification.

Le 19 février 1893, le professeur Brown-Séquard dit à ses élèves à peu près ceci :

J'ai entendu hier une communication du Dr de la Jarrige sur la possibilité, l'innocuité et l'efficacité de l'injection, dans le poumon même, de substances médicamenteuses véhiculées dans l'huile d'olive stérilisée. Les conséquences de cette communication peuvent être considérables, en imprimant à la thérapeutique pulmonaire un aiguillage nouveau contre lequel ne protesteront ni la logique, ni le bon bon sens, ni la clinique, non plus, je l'espère. Allez voir ça....

C'était en effet le 18 février 1893, il y a plus de vingt ans, que je fis cette communication à la Société de biologie, avec le professeur d'Arsonval pour parrain.

Quelques jours plus tard, le professeur Bouchard voulut bien me convoquer à l'hôpital de la Charité, et devant lui et ses élèves, je fis une démonstration expérimentale sur cinq malades, à la suite de laquelle j'éprouvai la grande joie de recevoir les éloges du maître.

Ce fut également en 1893 que je fis une communication sur le même objet au Congrès de la tuberculose de Paris, et alors, la grande presse se fit l'écho de la presse médicale : le *Figaro*, les *Débats*, le *Temps*, le grave *Correspondant* lui-même, firent partie du cortège. Les amateurs de documentation pourront se reporter, s'ils le désirent, au nº du 10 mars 1894, pages 988 et suivantes. J'en détache ces quelques lignes : « Seulement pour le but qu'il avait en vue, le Dr de la Jarrige n'a pas hésité à introduire par la trachée vingt et même trente centimètres cubes de liquide. Le docteur a injecté devant moi trente centimètres cubes à un malade, en moins de temps qu'il n'en faut pour pour écrire ce qu'il a fait ».

Cet historique, nécessaire pour la compréhension de ce qui va suivre, prouve d'abord que si, depuis les expériences de Cl. Bernard, la pénétration et l'arrosage bronchique étaient reconnus possibles et désirables par tous les médecins, on n'en avait pas encore trouvé avant moi l'application vraiment pratique, c'est-à-dire sans anesthésie préalable, sans aucune douleur (condition indispensable pour le traitement journalier), sans danger, et par surcroît avec un témoin que j'ai signalé le premier et au moyen duquel on sait, de façon certaine, si le liquide injecté a suivi la voie trachéale ou œsophagienne.

Les travaux sur ce sujet publiés en 1889 ne répondaient en aucune façon aux désideratas indispensables à l'orthodoxie de la manœuvre.

S'il en eût été autrement, comment admettre que ni à la Société de biologie, ni au Congrès de la tuberculose, ni ailleurs, il ne se soit trouvé personne dans ces doctes assemblées, toujours si averties, pour opposer le déjà vu à mes communications ? Sans compter les Brown-Séquard, les Verneuil, les Bouchard, les Charrin. J'entends encore ce dernier me dire, au Congrès de la tuberculose de 1905 : « Mais, Lajarrige, on vous vole, défendez-vous ! »

Je viens donc, une fois de plus, réclamer la priorité de l'injection non pas imaginative, impraticable et *œsophagienne*, mais effective et *trachéale*, avec sa technique précise (1), et son objet certain, et je ne laisserai jamais passer sans protester tout ce qui, directement ou indirectement, aurait pour objet de me la contester.

Aussi, suis-je étonné et surpris que le Dr Guisez ait donné comme siennes des techniques et des interventions signalées et pratiquées plus de vingt ans avant lui, et aussi, qu'il ait cité, comme ouvriers de la méthode, des confrères qui, loin de la faciliter, lui ont fait un tort incalculable, en employant pour la pénétration bronchique des procédés de simplification qui, *tous*, se traduisent par la direction œsophagienne. Et alors, quelle valeur peut-on attacher à leurs travaux pour des cas qui supposent la pénétration trachéale et l'imprégnation pulmonaire, pénétration à laquelle, le Dr Guisez le sait fort bien, ils sont complètement étrangers ?

(1) Elle est basée sur les modalités du larynx en état de défense et le rapprochement des aryténoïdiens contre le thyroïde. (*Concours Médical*, 30 juin 1912. De la technique de l'injection intra-trachéale.)

Le Dr Guisez a pu voir déjà que la priorité de l'emploi des doses massives, qu'il réclame, ne lui appartient pas, mais je n'en parle que pour mémoire ; une forte tension d'esprit ne me paraît pas indispensable pour comprendre que les hautes doses sont la conséquence nécessaire de l'imprégnation et l'arrosage de plus de cinquante mètres de surfaces bronchiques. On peut s'étonner seulement que partout ailleurs, on se soit contenté de deux ou trois centimètres cubes pour le même objet.

Toutefois, le Dr Guisez n'a pas lieu de se plaindre, et sa part reste encore assez belle, car la méthode lui sera redevable d'un service important ; il l'a désembourbée et sortie de l'ornière où elle risquait de s'enliser, et cela avec la seule phrase que voici : « *La technique de l'injection intra-pulmonaire ne comporte pas de simplification.* »

Avec cette phrase qui est une synthèse, il a fait justice de tous les procédés qui, sous prétexte de faciliter la manœuvre, les rendaient complices du trajet œsophagien. Car nul n'ignore le mirage de la plus grande facilité d'intervention ; à lui seul il suffit pour obscurcir tous les miroirs et aveugler toutes les trachées.

Moi aussi j'avais crié « gare » depuis 1893, mais, malgré mes protestations, je n'avais pas été entendu, pas plus au Congrès de Paris en 1905 qu'au congrès de Lille, etc., etc. ; c'est pour cela que mes affirmations avaient grand besoin d'être confirmées ; elles ont attendu vingt ans, mais je ne m'en plains pas, puisque le Dr Guisez les a fort bien prouvées et défendues.

Je m'étonne seulement qu'après ce beau geste de salut, le Dr Guisez se soit arrêté en si bon chemin, et ait même compromis ce qu'il avait si bien commencé : en déclarant facile une technique qui ne l'est pas (puisqu'il est hors de doute qu'elle exige un long apprentissage avant d'être effectivement employée), il a laissé la porte ouverte à toutes les hérésies, et à combien de conséquences funestes ! Le médecin à qui les maîtres disent que la manœuvre n'est pas difficile ne demande pas mieux que de le croire ; il la pratique de bonne foi, et voilà un adepte de plus pour la funeste hérésie, — et les liquides de couler de plus belle dans les œsophages !

Et si encore ces cas étaient l'exception, mais ils sont la règle ! On les déplore non seulement dans la clientèle, mais encore dans les cliniques du meilleur renom, et cela, je le sais de façon d'autant plus pertinente que leurs élèves qui viennent à mon cabinet ne tardent pas à reconnaître l'erreur d'aiguillage après mes explications (voir mon article du *Concours médical*, du 30 juin 1912).

Et cette erreur est si répandue, qu'il n'y a pas dix médecins (1) à Paris aptes à diriger le liquide dans la trachée.

De là un danger si grand que, pour peu que cela dure, la véritable technique, endossant l'inefficacité de sa rivale, périra écrasée sous sa masse.

(1) Non spécialisés.

J'arrive maintenant à l'objet principal de cet article. Le Dr Guisez paraît attacher une importance capitale à l'injection dans la grosse bronche du poumon gangréneux. Je ne crois pas cette localisation indispensable. J'ai traité moi-même deux cas de gangrène en 1902, un cas en 1907 et un quatrième en 1911, ce dernier en collaboration avec le docteur Cogrel ; tous ces malades, quoique fort gravement atteints, ont guéri. Et pourtant, je me suis simplement contenté pour toute localisation d'incliner le malade du côté du poumon attaqué.

Cette inclinaison, en déversant la plus grande quantité du liquide *in loco*, tout en réservant la partie restante pour le côté indemne afin de le maintenir dans son état normal, me semble suffisante, si j'en juge par les résultats favorables qu'elle m'a toujours donnés.

Pour finir, je saisis cette occasion pour rectifier une appréciation du Dr Guisez sur le potentiel d'intervention antituberculeuse de l'injection massive.

Dans un article paru dans le *Médecin Praticien*, je lis cette phrase : « dans la tuberculose, l'action de l'injection me paraît plus aléatoire », et il attribue en partie cette inefficacité à la difficulté de pénétration de l'agent thérapeutique dans le foyer dont la périphérie sclérosée constituerait une zone imperméable.

Rien de plus inexact, rien de plus contraire à la réalité ; je ne puis attribuer cette croyance qu'à une insuffisance de documentation. Je soutiens au contraire que la pénétration bronchique, massive, employée tous les jours pendant un mois d'abord, et quatre fois par semaine pendant de longs mois, est le plus puissant instrument thérapeutique qui ait jamais existé.

Il nettoie les plaies et les foyers pulmonaires, il les sèche, il s'oppose aux infections secondaires, ainsi qu'au processus inflammatoire et à ses irradiations, et par son imprégnation indéfiniment prolongée, il rend indemnes les parties saines riveraines des lésions.

M. le professeur Bouchard m'a fait l'honneur de passer une heure à mon cabinet. Si le Dr Guisez voulait m'accorder la même faveur, je crois fort que je parviendrais à lui prouver que là est l'avenir, car j'ai pu arriver à élargir le cadre des tuberculoses curables, et guérir (si toutefois on peut en tuberculose employer ce gros mot) des cas et des formes que toutes les thérapeutiques en usage eussent été inaptes même à améliorer.

Je viens donc, du haut de mes 24 ans de pratique, affirmer ma conviction que si les sérums passeront, l'injection massive réellement intra-pulmonaire ne passera pas, malgré ses lacunes, ses défectuosités et ses impuissances.

J'en appelle donc du Dr Guisez mal informé au Dr Guisez mieux informé. Qu'il se dirige dans cette voie ; il n'aura pas à le regretter, car il y trouvera le succès et, par surcroît, la plus grande de nos satisfactions à nous médecins, la guérison et le salut de bien des

vies humaines. Et puis, la thérapeutique antituberculeuse est-elle donc si riche qu'on doive négliger cet instrument fait de logique, de bon sens et — je le prouverai — de sanction pratique ? Et doit-on s'arrêter devant la difficulté de la technique, lorsqu'on peut lui opposer la noblesse de l'objet et la récompense de l'effort ?

Et pour commencer, qu'il la débarrasse des fausses manœuvres qui lui ont fait tant de mal ; mais surtout qu'on ne parle plus de facilité, ce serait le coup de grâce dont elle ne se relèverait pas.

Dr Joseph de la Jarrige.

Au confrère Damey à propos du pied bot congénital.

Le professeur Pinard m'a appris le résultat de sa propre observation que je résume aussi fidèlement que possible.

Les malformations congénitales, et plus particulièrement l'anencéphalie, sont plus fréquentes chez les femmes qui portent des fardeaux appuyés sur le ventre, ce qui explique aussi leur fréquence au bord de la mer où les femmes chargent et déchargent les bateaux et promènent sur leur ventre les poissons à vendre (la mère Angot du confrère Damey). Quant à l'alcoolisme, il est bien probable qu'il intervient comme adjuvant dans ce sabotage inconscient.

Les graisses minérales et l'intestin.

Ayant absorbé quelques gâteaux que, de l'avis confidentiel et non commercial de quelques pâtissiers, on ne réussit bien qu'à la vaseline, un monsieur de santé intestinale parfaite a pu éprouver sans inconvénient aucun, l'action reconnue depuis peu aux graisses minérales chimiquement pures.

Une deuxième expérience réussit à merveille dans les mêmes conditions.

Y a-t-il lieu de féliciter le pâtissier ?

Dr A. Hervé. (de Dinard).

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Traitement de la syphilis par l'hectine. — La position de Trendelenburg dans les hémorragies graves de la délivrance. — Sur l'emploi du 606 dans le traitement des affections syphilitiques du nerf optique. — Traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique.

Traitement de la syphilis par l'hectine.

M. Dudumi (de Bucarest) rapporte, dans les *Annales des maladies vénériennes*, des observations détaillées de malades atteints de syphilides ulcéro-gommeuses et ulcéro-végétantes du visage, de la bouche, de la voûte palatine, du tronc et des membres. Dans un cas, il s'agissait d'hérédo-syphilis tardive. Tous ces malades furent guéris par l'hectine sans adjonction d'autre médicament.

L'hectine fut administrée à la dose de 0,20 cg. par jour en injections intra-fessières, comme cela se fait à la clinique du Prof. Petrini-Galatz. La quantité injectée fut de 3 à 4 grammes ; dans un cas seulement elle a été de 5 gr. Sur les lésions ulcéreuses cutanées, on faisait un simple pansement humide à l'eau distillée.

On a administré en tout de 15 à 25 injections d'hectine dans chaque cas, sans interruption jusqu'à la guérison des lésions. Celles-ci commencèrent à se cicatriser à partir de la 6e ou 7e injection.

Aucun malade ne présenta de phénomènes d'intolérance : céphalée, bourdonnements d'oreilles, troubles circulatoires, digestifs, nerveux, ou visuels. Les injections ne furent pas douloureuses et on n'observa jamais de nodules de la région fessière après l'injection.

L'auteur estime que l'hectine est un médicament antisyphilitique d'avenir, assez énergique, qui, s'il n'est pas supérieur au mercure, ne lui est pas certainement inférieur, car administré dans toutes les périodes de la syphilis, primaire, secondaire, tertiaire et hérédo-syphilis, il donne des résultats excellents, surtout dans les syphilides ulcéreuses tertiaires.

L'hectine est un des médicaments antisyphilitiques les plus maniables et les injections se font aussi simplement que celles de cacodylate de soude.

De l'examen de ses observations, l'auteur conclut que les syphilides cutanées et muqueuses ulcérées tertiaires guérissent par des injections intramusculaires de 0,20 cgr. d'hectine par jour, 20 à 25 en moyenne ; un cas guérit cependant avec 5 injections seulement.

Ces injections d'hectine seule sont suffisantes à guérir les syphilides gommeuses cutanées et muqueuses ulcérées et non ulcérées, sans l'aide d'un autre traitement.

L'hectine guérit aussi des syphilides ulcéreuses cutanées très étendues dues à la syphilis héréditaire tardive, comme le montre un des cas de l'auteur ; ce malade, âgé de 24 ans, présentait de vastes syphilides ulcéro-gommeuses de la région cervicale gauche, qui guérirent en 35 jours à la suite de l'injection de 5 grammes d'hectine.

Après la guérison des lésions, Petrini-Galatz conseille d'instituer un traitement mercuriel et iodé pour prévenir les récidives possibles.

En résumé, l'hectine n'est pas seulement indiquée dans les cas d'hydrargyrophobie et d'intolérance mercurielle, mais dans tous les cas de syphilis primaire, secondaire, tertiaire et héréditaire, et surtout dans les formes ulcéreuses. Elle peut être administrée, selon les cas, à la dose totale de 3 à 5 grammes sans aucun inconvénient.

La position de Trendelenburg dans les hémorragies graves de la délivrance.

Ces hémorragies sont dramatiques. Elles surviennent après que l'utérus est complètement vide de son contenu, revenu sur lui-même et offrant à la palpation son globe de sûreté ; tout à coup, sans que rien puisse le faire prévoir, il se relâche, sa rétraction s'évanouit, les vaisseaux, béant largement, le sang coule à flots menaçant d'emporter la parturiente en quelques minutes.

C'est dans une de ces circonstances que M. Fieux, qui s'en explique dans la *Gaz. méd. de Paris,* cherchant à lutter contre l'ischémie cérébrale, plaça sa malade dans la position de Trendelenburg. En présence du résultat obtenu, il recourut à la même manœuvre dans plusieurs autres cas, et chaque fois, il constata ce qui suit :

A partir du moment où la femme est mise dans la position inclinée, pas une goutte de sang ne s'échappe des voies génitales, et il ne se produit pas davantage d'hémorragie interne L'utérus, gros et mou, glisse vers le diaphragme, étirant le segment inférieur et le conduit génital, en même temps qu'il se contracte et se montre ferme. Si cette fermeté a parfois tendance à céder, ce n'est que très momentané, et le pouls, qui s'est relevé, ne présente plus de modifications. L'hémorragie est littéralement jugulée.

Comment expliquer ce résultat ? Uniquement par une différence de pression dans la circulation veineuse. En outre, le basculement de la femme, la tête en bas, entraîne brusquement vers le fond de l'utérus une colonne sanguine hémorragique, dont le poids détermine une excitation capable de ranimer la rétractibilité musculaire.

Quelle que soit l'explication et quoi qu'elle vaille, le fait est là, susceptible d'intéresser les praticiens, qui disposent ainsi d'une méthode extrêmement facile à mettre en appllcation, et qui peut rendre à leurs accouchées et à eux-mêmes les plus grands services.

Sur l'emploi du 606 dans le traitement des affections syphilitiques du nerf optique.

Dans un très consciencieux mémoire sur l'emploi du 606 *dans le traitement des affections syphilitiques du nerf optique,* le Dr de Saint-Martin, dans *Toulouse Médical*, montre quels heureux effets l'on peut et l'on doit obtenir, en maniant avec prudence l'arsénobenzol. Cet agent curatif agit mieux et plus vite que le Hg. Lorsqu'il s'agit de « frapper fort et d'aller vite », ce dernier doit laisser la place au 606 : « *dans bien des cas de névro-rétinite syphilitique,* le 606 a constitué une arme souveraine à action remarquablement rapide ».

Très justement, le Dr de Saint-Martin fait remarquer que le passage d'un Wassermann positif à un Wassermann négatif ne saurait en aucun cas faire suspendre le traitement. On le sait, des mécomptes retentissants ont assailli les auteurs, qui trop tôt ont chanté victoire. Malgré notre soif de vivre cent fois la vie de nos maîtres, la clinique saine et exempte de « bluff » est et restera l'œuvre patiente du temps. R. M.

Traitement de l'orchi-épididymite blennorragique.

MM. Marcel Deschamps et Jean Perrigault exposent dans *La Clinique* un nouveau moyen de traitement ambulatoire de l'orchi-épididymite blennorragique, appelé à rendre de grands services dans la clientèle pour laquelle l'immobilisation au lit est redoutée comme une calamité.

En outre de la douleur qui l'accompagne et de sa durée, l'orchite pouvant amener dans la suite la stérilité, mérite que l'on attache une importance capitale aux traitements pouvant véritablement la guérir.

A ce titre, la thérapeutique innovée par Marcel Deschamps et Jean Perrigault nous paraît digne d'être signalée.

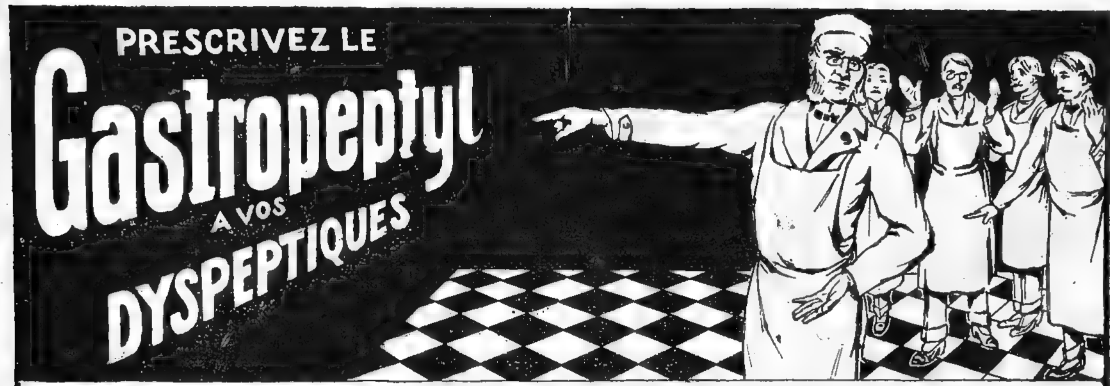
Ces auteurs ont ainsi traité, par l'iode colloïdal, un certain nombre de malades qui ont guéri très rapidement, sans qu'aucun ait eu besoin de s'aliter.

Ils ont employé des préparations d'iode colloïdal, en solution huileuse, de concentration variant de 20 à 50 %. Ces solutions, à une concentration de 50 %, n'ont jamais amené aucune irritation du scrotum, en application bi-quotidiennes (badigeonnages).

La majorité des cas ont été traités avec l'iode colloïdal titré à 20 % seulement (solution vulgarisée sous le nom d' « iodargol ».)

Dans tous les cas la douleur de l'orchite a disparu dans les 8 à 12 heures qui ont suivi la première application d'*iodargol* ; en deux jours de traitement, le gonflement a été réduit de moitié et la guérison complète est toujours survenue du 8e *au* 12e *jour*.

De tels résultats sont extrêmement importants pour les praticiens qui ont à lutter fréquemment contre les orchites toujours douloureuses et d'une durée d'évolution désespérante ; ce serait déjà un grand progrès que de rendre l'orchite indolore; c'est un véritable succès que de pouvoir la guérir en 10 jours.


PRESCRIVEZ LE
Gastropeptyl
A VOS
DYSPEPTIQUES

CORRESPONDANCE

Comment se faire payer les soins donnés aux gendarmes ?

En Saône-et-Loire, avant 1895, les soins donnés aux gendarmes et à leur famille étaient rémunérés par le département et les communes sur le budget de l'assistance médicale gratuite.

Depuis 1895, à l'application de la loi de juillet 1893, le conseil général a décidé purement et simplement que les gendarmes ne seraient plus inscrits sur les listes d'assistance et depuis ce temps, étant donnée la solde de famine que touchent ces militaires, les médecins les soignent gratuitement ; il est vrai qu'on octroie de temps en temps un diplôme d'honneur ou une médaille aux médecins soignant les gendarmes et qui sont bien en cour.

En 1908, je crois, le général Bellez, inspecteur général d'une des régions de gendarmerie dont fait partie la S.-et-L., écrit au conseil général pour lui demander à ce que le département prenne à sa charge les soins donnés aux gendarmes.

Le C. G. répond que c'est l'Etat qui doit ou donner un traitement suffisant aux gendarmes ou leur assurer les soins médicaux et pharmaceutiques.

En attendant, les gendarmes sont mal payés, les médecins les soignent à l'œil ; ni l'Etat ni le département ne s'inquiètent de cet état de choses.

Le Syndicat médical de C.., en 1913, a décidé de ne plus soigner gratuitement les gendarmes ; mais comment les faire payer ?

Que se passe-t-il dans les autres départements ?

Comment faire cesser cet état de choses ?

L'Union des Syndicats peut-elle faire quelque chose ?

Et le Congrès des praticiens ? Une action parlementaire est-elle possible ? Trouverait-on un député ? Aboutirait-il ?

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me donner votre avis et les renseignements que vous pourriez avoir à ce sujet.

Dr D.

Réponse.

Plusieurs tentatives ont été faites, pour remédier à cet état de choses vraiment anormal, que vous signalez si justement

Le Dr Paulet, de Sommières (Gard), a essayé, en 1907, de créer un Syndicat des médecins de la gendarmerie (voir *Concours* 1907, p. 541). Nous croyons que cette tentative a échoué.

En 1910, le *Concours* a publié (p. 420) la lettre que le Syndicat médical d'Ille-et-Vilaine a

adressée au colonel de gendarmerie pour l'informer que, dorénavant, les médecins soigneront Pandore au tarif ouvrier local.

L'an dernier, nous avons signalé que le Syndicat médical de Gien avait obtenu du Conseil général du Loiret une somme à forfait pour les soins à donner à la gendarmerie (*Concours*, 1913, p. 145).

En somme, si la question est restée en panne, cela tient à l'apathie bien connue des médecins. Les uns continuent à soigner gratuitement les gendarmes, parce qu'ils ont toujours agi ainsi et que leurs confrères voisins en font autant.

Les autres veulent le ruban rouge, ou simplement les lettres de félicitations.

Enfin, les derniers soignent Pandore, et ne lui réclament aucun honoraire, à cause des faibles traitements qui sont alloués aux gendarmes. Et cependant, les candidats pour entrer dans la gendarmerie ne sont pas rares. C'est à croire que les gendarmes sont contents de leur situation.

Il nous semble que le Syndicat local peut s'aboucher avec les autorités militaires de l'endroit pour leur déclarer que désormais, les médecins ne soigneront plus les gendarmes à l'œil et que, par suite, les chefs aient à se débrouiller avec le Ministère de la guerre pour que des honoraires soient donnés aux médecins traitants.

Mais, dès que la période électorale sera terminée, nous demanderons à un député de poser une question écrite à l'*Officiel*, au Ministre de la Guerre, pour lui demander quelles mesures il compte prendre pour régler les honoraires médicaux lorsque les gendarmes sont soignés par des médecins civils.

Les médecins assermentés.

Ayant eu des ennuis à diverses reprises au sujet de l'assermentation, je viens vous demander si je pourrais trouver cette question traitée dans un numéro du *Concours médical*.

Dr F.

Réponse

Une circulaire du Ministre des Finances, du 31 août 1854, détermine les conditions de nomination des médecins assermentés, qui ont été institués par le décret du 9 nov. 1853, portant règlement d'administration publique, pour l'exécution de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles.

Mais, depuis cette époque, l'administration a peu à peu étendu les fonctions des médecins

assermentés, qui, actuellement, dans certains départements, ont de nombreuses missions.

Un médecin assermenté est un docteur, choisi par l'administration préfectorale et invité à prêter serment qu'il remplira avec soin les examens qu'il aura à faire subir, en vue de certificats, concernant les employés de l'administration.

C'est ainsi qu'un employé des postes et télégraphes a besoin d'un congé de convalescence, il devra passer la visite du médecin assermenté. De même, pour les instituteurs, etc.

Dans quelques départements, l'administration tient pour valables tous les certificats établis par les docteurs en médecine de la région. Ailleurs, l'autorité exige que le certificat délivré par le médecin traitant soit contresigné par le médecin assermenté. D'où des conflits, les médecins traitants se trouvant blessés, dans leur dignité, devant cette suspicion de l'administration, sans compter que le médecin assermenté voit sa clientèle augmenter, du fait que les fonctionnaires préfèrent venir chez lui plutôt que chez un autre docteur, dont le certificat n'est pas valable aux yeux de leurs chefs.

Ajoutons, enfin, cette énormité : l'administration force ses employés à se faire examiner, en vue de certificats, par les médecins qu'elle impose mais elle laisse ses fonctionnaires débiteurs du prix et des honoraires médicaux. De sorte qu'un malade, soigné dans une campagne où il n'y a qu'un médecin non assermenté, doit se déplacer pour aller à la ville consulter, de ses deniers, le médecin de l'administration, qui n'est pas au courant de son état morbide ni de ce qui s'est passé au point de vue pathologique.

Aussi de nombreux syndicats médicaux ont-ils demandé la suppression pure et simple des médecins assermentés, disant que la signature d'un docteur en médecine au bas d'un certificat doit suffire à l'administration et qu'en tous cas, ce procédé constitue très souvent un détournement de clientèle au profit des médecins bien en cour, au point de vue politique.

A ces raisons, l'administration objecte que les lois sociales se font de plus en plus nombreuses et nécessitent des certificats médicaux. Il est juste que, pour la bonne marche des affaires, l'autorité préfectorale puisse être renseignée par des médecins en qui elle a toute confiance, puisqu'elle leur a fait prêter serment.

Seuls seront valables à ses yeux les certificats délivrés non seulement pour ses employés, mais encore pour l'obtention des pensions prévues par la loi du 14 juillet 1905, sur les vieillards, infirmes et incurables, pour la liquidation anticipée d'une retraite ouvrière (art. 9, loi du 5 avril

1910), pour les femmes en couches (art. 4, loi du 17 juin 1913), pour l'assistance aux familles nombreuses (loi du 14 juillet 1913).

Il est hors de doute que l'administration a le droit de contrôler et que, par suite, elle peut désigner ses médecins à elle, pour vérifier le bien fondé des demandes qui lui parviennent.

Mais, tout d'abord, le médecin assermenté ne devrait jamais devenir médecin traitant des individus qu'il est appelé à examiner en vue d'un certificat, à cause du rabattage de clientèle, qui est la conséquence de la nomination aux fonctions de médecin de l'administration.

Les opinions politiques, comme les relations administratives, ne doivent pas influencer la clientèle des médecins d'une région. Aussi, l'administration a parfaitement le droit de se faire renseigner sur l'état d'un de ses employés, ou sur le candidat aux bénéfices d'une loi d'assistance, mais dans aucun cas ce médecin administratif ne devrait pouvoir donner des soins aux malades qui réclament un certificat administratif.

En second lieu, quelques préfets ont émis la prétention de nommer des médecins assermentés pour diverses fonctions, non prévues par nos lois. Le « Sou médical » a soutenu le pourvoi en conseil d'Etat d'un médecin de l'Ardèche. dont on avait refusé le certificat pour un vieillard, qui demandait le bénéfice de la loi de 1905. Le préfet entendait que seuls seraient valables les certificats délivrés par ses médecins assermentés.

Le conseil d'Etat a reconnu que le préfet n'avait le droit de désigner d'office un médecin de son choix, que dans le seul cas où le vieillard ne produirait pas de certificat médical.

Comme conclusion, regrettons une fois de plus l'absence de collaboration des préfets avec les syndicats médicaux. Si les médecins praticiens étaient appelés à donner leurs avis et leurs conseils pratiques à ceux qui nous dirigent, bien des erreurs d'application seraient évitées.

Regrettons également l'existence de ces « hommes au double collet », liés par le secret professionnel envers leurs clients, mais devant, comme médecins administratifs, dévoiler à des tiers les secrets qu'ils ont appris dans l'exercice de leur profession. Nous avons déjà suffisamment insisté sur ce point, dans de nombreux articles, pour qu'il ne soit pas utile d'y revenir.

Voici ce que nous pouvons vous dire en général tout en restant à votre disposition pour vous éclairer sur le cas particulier qui peut vous intéresser.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Nouveau traitement des diarrhées. — Beaucoup de diarrhées reconnaissent pour cause l'excitabilité extrême de la muqueuse gastrique, laquelle provoque l'apparition des contractions intestinales : tout particulièrement, la diarrhée survenant aussitôt après les repas.

Pour insensibiliser la muqueuse gastrique, on fera prendre un tiers de la potion suivante dix minutes avant chacun des trois principaux repas :

Chlorhydrate de cocaïne	cinq à dix centigr.
Menthol	trois à cinq —
Sirop de codéine	15 gr.
Eau distillée .... q. s. pour	120 à 150 gr.

GUILLON (d'après Fuld, de Berlin).

(*La Clinique.*)

Traitement sédatif et abortif des fluxions dentaires et de la périostite alvéolaire. — 1° Si le traitement est appliqué par le médecin, celui-ci charge un doigt, préalablement mouillé de stovaïne en poudre qu'il dépose sur la gencive malade. La salive, sécrétée en abondance, doit être crachée, mais le moins souvent possible pour que la majeure partie de la stovaïne ne soit pas rejetée. On peut d'ailleurs répéter les applications à plusieurs reprises. Après l'anesthésie, tend à se produire la résorption de l'infiltration inflammatoire ;

2° Si le traitement est appliqué par le malade lui-même, pour qu'il ne prenne pas de stovaïne en excès, on formule les paquets suivants :

Stovaïne	cinq centigr.
Sucre en poudre	dix —

Pour un paquet. Quatre paquets par jour au maximum.

Ce traitement ne s'adresse qu'à l'adulte.

V. DE HOLSTEIN.

(*Biologie médicale.*)

Vernis protecteur supprimant les gants de caoutchouc. — Ce vernis est composé de pyroxyline (coton soluble du commerce) dissous dans de l'acétate d'amyle et de l'acétone, avec addition d'alcool propylique et éthylique et d'éther saponifiable : il renferme 1 p. 100 d'une huile antiseptique.

Il s'applique et s'enlève facilement, est insoluble dans les liquides aqueux, adhère intimement aux mains, bouche les crevasses et remplit les espaces unguéaux, riches en microbes.

Il présente sur les gants en caoutchouc cette

grosse supériorité de laisser à l'opérateur toute sa dextérité et d'éviter l'échappement microbien qui se produit si le gant est percé au cours de l'intervention et que s'écoule la sueur.

ELLIA MAC DONALD.

Medic. Record.

Emploi du benzol comme antiseptique. — Comme l'alcool et l'éther, le benzol est un dissolvant des corps gras : comme eux, il stérilise les germes microbiens.

On peut, sans produire de réaction irritative locale, arroser de benzol une plaie et la compresse qui la recouvre : on achève ensuite le pansement comme à l'ordinaire. Après ablation d'ongle incarné du gros orteil, six soldats ont été ainsi pansés : aucun accident septique ne s'est produit, et la cicatrisation a été remarquablement rapide. Des plaies infectées ont été traitées de la même façon, avec un succès complet.

Cette application du benzol est intéressante, en raison de sa diffusion et de son prix minime de revient.

(*Bullet. médic.*) PECH.

Destruction du bacille d'Eberth par le vinaigre. — D'après les expériences faites au laboratoire municipal de bactériologie du Havre, il suffit de mettre les feuilles de salade, ou tout autre légume destiné à être consommé cru, pendant une heure et quart, dans de l'eau additionnée de 20 grammes de vinaigre par litre, pour que soit détruit le bacille d'Eberth dont la présence est toujours à redouter.

LOIR et LEGAUGRIEUX.

(*Soc. médecine publiq,. et génie sanit.*)

La désinfection des selles. — Deux des meilleurs procédés sont les suivants :

1° Arroser les selles de 200 gr. d'une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100 par litre de matières : l'action microbicide sera plus rapide si l'on ajoute de l'acide sulfurique à 5 p. 100 ;

2° Répandre sur les selles 250 grammes de chaux vive et un litre environ d'eau chaude : l'élévation de température produite tue, même dans les selles consistantes, les bacilles typhique, paratyphiques, dysentérique et cholérique.

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

CONGRÈS DES PRATICIENS

A la veille de l'ouverture du Congrès, nous jugeons nécessaire de reproduire à nouveau le manifeste adressé par le Comité d'organisation

Mon cher confrère,

Le Comité de Vigilance, issu des précédents Congrès, a décidé, de concert avec l'Union des Syndicats médicaux, qu'une nouvelle assemblée nationale des médecins praticiens de France se tiendrait à Paris les 27, 28 et 29 mai 1914.

***

Les motifs de cette décision, vous les connaissez. Ils sont tirés des circonstances.

De même qu'en 1907, les Praticiens, menacés dans leurs droits par la création du certificat d'études médicales supérieures, se levèrent en masse et firent une manifestation éclatante, de même, cette année, devant le danger d'une fonctionnarisation qui serait la fin de la profession médicale, nous devons prendre les mesures de résistance.

C'est le but du Congrès auquel nous vous invitons à prendre part.

Dans l'atmosphère si vibrante du 1er Congrès, en 1907, le Corps médical a pris conscience de sa force et possède aussi l'énergie et l'élan pour le combat.

La protestation dont le Congrès a été l'expression, puis la campagne qui l'a suivi ont tué le certificat d'études médicales supérieures.

Puis, pour écarter ce danger de façon définitive, les Congrès de 1907, de 1908, de 1910, se sont occupés des causes qui l'avaient provoqué. Ils ont traité les questions d'enseignement. Si toutes les décisions prises par le corps médical n'ont pas encore été réalisées, on peut affirmer qu'en tous cas, l'offensive des bureaux, dans une voie qui aboutissait au morcellement de notre diplôme, semble définitivement arrêtée.

***

Depuis des années, lentement mais continuellement, en matière de médecine sociale et d'hygiène publique, l'Etat, la Mutualité, les grandes collectivités marchent dans une voie qui aboutit cette fois au fonctionnariat et au salariat médical.

Un récent décret (1er juillet 1913) édicté à la suite de débats parlementaires qui le commentent, ne laisse aucun doute sur les intentions des pouvoirs publics. Ce décret institue une Commission pour tarifer les honoraires médicaux dans la mutualité, les assurances, l'assistance médicale gratuite. On parle déjà de médecins « agréés ».

La tentative est donc précise. Elle marque la volonté d'engager notre profession vers la médecine d'Etat, d'un Etat dont nous serions les agents.

S'opposer à la réalisation de pareilles tentatives, voilà aussi le but du Congrès.

C'est donc d'abord besogne de protestation que nous devons faire. Et pour que cette protestation ait toute la portée nécessaire, toute l'ampleur désirable, il faut qu'elle soit le fait du corps médical tout entier. Mais encore, cette protestation n'est pas l'unique raison du Congrès que nous vous proposons.

De même qu'en 1907, après la protestation contre le C. E. M. S., le corps médical a dû traiter les questions d'enseignement, de même il nous faudra examiner avec soin les questions d'hygiène.

Chaque jour, en effet, le besoin se fait plus grand d'établir dans ce pays une organisation rationnelle de la prophylaxie et de l'hygiène publique. Si, de l'aveu général, l'État n'a pu réaliser cette organisation, qu'il a voulu faire sans nous, qu'il semble vouloir faire aujourd'hui contre nous, c'est à nous de montrer les causes de son échec et de proposer des solutions. La profession médicale est tout entière intéressée par ce problème d'ordre technique et n'est-ce pas à elle à prendre en main la défense sanitaire, qui ne peut être assurée réellement que par elle ?

C'est, encore une fois, les médecins qui peuvent efficacement défendre les intérêts de tous, intérêts qui sont communs avec les leurs.

***

Besogne de protestation ; critique des institutions actuelles ; besogne positive d'organisation de l'hygiène publique avec la collaboration

des groupements médicaux, c'est-à-dire de tous les médecins, voilà l'objet du Congrès.

Vous en comprendrez, nous en sommes sûrs, toute la portée, et vous voudrez, dans des circonstances où l'avenir de la profession est si gravement engagé, prendre votre poste de combat et vos responsabilités.

C'est pourquoi nous vous demandons d'adhérer au Congrès des praticiens, qui se tiendra les 27, 28 et 29 mai 1914.

Le Comité d'organisation du Congrès.

Le Comité d'organisation du Congrès des praticiens a décidé de porter à 10 francs la cotisation.

Cette décision a été prise après l'examen des précédents Congrès. Les comptes rendus du dernier Congrès (1910) n'ont pu en effet être publiés faute d'argent.

Le Comité d'organisation a jugé nécessaire de prévoir une somme suffisante cette fois pour la publication de tous les rapports (1) et du compte-rendu sténographique des débats. Ce sont là des documents d'une importance considérable que chacun doit posséder et auxquels chacun pourra se reporter.

La somme de dix francs représente l'effort pécuniaire minimum que l'on puisse demander. Elle serait insuffisante pour couvrir les frais d'organisation, si une partie de ceux-ci n'était assumée par les groupements qui donnent des subventions.

* * *

Tous les membres adhérents au Congrès (c'est-à-dire ayant cotisé dix francs), *recevront de droit* :

1° *Tous les rapports qui seront publiés* (2) ;

2° *Le compte rendu sténographique des débats.*

I. — *Contre toutes les tentatives de fonctionnarisation* ; rapporteur Dr Le Fur.

II. — *L'hygiène administrative, son impuissance* ; rapporteur : Dr Lenglet.

III. — *Organisation de l'hygiène technique par le corps médical* ; rapporteur : Drs Campinchi et Lafontaine.

V. — *L'assistance médicale gratuite et le corps médical* ; rapporteur : Dr Rinuy.

V. — *La lutte contre la tuberculose* ; rapporteur : Dr Kuss.

VI. — *Contre l'alcoolisme* ; rapporteur : Dr Bertillon.

En outre, seront publiées des études sur l'organisation de l'hygiène en Allemagne (rapporteur : Dr Kolbé, de Châtel-Guyon), en Amérique (rapporteur : Dr Abadie), etc



Pourquoi il nous faut tous adhérer au Congrès des Praticiens.

Lorsqu'il y a sept ans, le Corps médical se vit sérieusement menacé, il sut, par sa cohésion et dans un mouvement d'unanime protestation, faire échec au projet de création d'un *certificat d'études médicales supérieures.*

A l'heure actuelle, la situation est beaucoup plus grave. Il ne s'agit plus seulement de créer une division dans le corps médical en le classant en plusieurs catégories plus ou moins arbitrairement choisies, il s'agit en effet d'asservir la profession toute entière en la fonctionnarisant et de réduire nos honoraires en les taxant.

Vous n'ignorez pas sans doute que c'est M. Henry Chéron qui, par une circulaire parue à l'*Officiel* le 1er juillet 1913 institua une *Commission chargée d'étudier dans leur ensemble les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales, et de rechercher les mesures les plus propres à sauvegarder les intérêts en présence*, et, si vous aviez quelque doute sur le but poursuivi par l'ancien ministre du travail et par son successeur M. Métin, il vous suffirait, pour le dissiper, de lire le passage suivant du rapport ministériel :

S'il est légitime, dit le rapporteur, *de tenir compte des services incontestables que les médecins rendent et de leur assurer une rémunération en rapport avec un labeur de plus en plus grand, une charge de plus en plus délicate, il est en même temps indispensable de ne point perdre de vue que cette rémunération incombe, soit à l'ensemble des contribuables, soit à des participants dont il importe de ménager les ressources, soit à des chefs d'entreprises dont on ne peut accroître d'une façon excessive les frais généraux, sans nuire par cela même aux ouvriers et aux consommateurs.*

Ainsi donc, mes chers confrères, sous prétexte de faciliter l'application de lois sociales de plus en plus nombreuses et de plus en plus coûteuses, on s'en prend à notre porte-monnaie pour combler le déficit et, seuls de tous les contribuables, car nous aussi sommes, hélas ! des contribuables, nous verrons, si nous ne protestons pas, asservir notre profession dans le seul but de *ménager les ressources* des mutualistes ou des chefs d'entreprises.

Voilà, mes chers confrères, ce que le Corps médical ne veut et ne peut laisser faire. Pour des

(1) Les rapports seront, si cela est nécessaire, édités séparément et envoyés aux adhérents, au fur et à mesure de leur publication.

(2) Dans les trois précédents Congrès, la cotisation ne donnait pas droit au compte rendu des débats, qui était vendu à part.

raisons graves que vous lirez dans le *Bulletin de l'Union des Syndicats*, le Conseil de l'Union a été mis, par le ministre actuel, dans l'impossibilité, d'accepter de participer aux travaux de la Commission dont le rôle n'a pu lui être précisé.

Un seul moyen d'action nous reste : Le Congrès qui va s'ouvrir le 27 mai prochain.

Il nous faut par le nombre venir affirmer notre volonté absolue de rester des médecins libres.

Mais, pour que nos revendications soient écoutées et qu'elles aient toute l'énergie que comporte la situation, il nous faut tous adhérer au congrès et montrer ainsi notre esprit de solidarité.

Ce que nous avons obtenu, il y a sept ans, nous l'obtiendrons encore, mais pour cela il faut s'unir plus que jamais. Tous au Congrès. *Væ soli* !

A. CHARBONNIER.

(*L'Année médicale*, de Caen).

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

Les Sociétés mutuelles subventionnées par les pauvres.

Nous relevons dans le *Journal* le jugement suivant, fort intéressant pour tous ceux qui ne sont pas encore convaincus des procédés de mendicité des Sociétés mutuelles.

Le droit des pauvres.

Les six mille sociétés mutuelles qui fonctionnent dans le département de la Seine ont intérêt à connaître le jugement que vient de rendre la première chambre du tribunal.

L'Assistance publique assignait M. Roques, en sa qualité de président de la société de secours mutuels des ouvriers et anciens ouvriers d'une grande industrie parisienne, en 1.500 francs de dommages-intérêts pour sommes de perception de droit des pauvres.

Pour appuyer sa demande, Me Rodanet, qui était à la barre son porte-parole, fit valoir les considérations suivantes :

Aux termes des lois du 7 frimaire et du 8 thermidor an V, l'Assistance publique doit percevoir une taxe variable selon la nature des plaisirs publics et sous la seule condition que l'entrée à ces plaisirs publics soit payante.

D'après les instructions ministérielles du 9 mai 1909, le préfet de la Seine a été autorisé à prendre chaque année un arrêté accordant une réduction sur le droit de 25 %, qui peut être abaissé à l'égard des Sociétés de secours mutuels de 9 fr. 09 à 1 % quand les intéressés habitent Paris.

En outre, et pour la facilité de la perception, l'Assistance publique est autorisée à percevoir, au lieu d'un droit proportionnel, un droit fixe et forfaitaire de 20 francs par fête, variable selon le lieu où celle-ci se tient.

Or, M. Roques, qui avait, en sa qualité de président de la société de secours mutuels, l'obligation de percevoir la taxe du droit des pauvres et d'en remettre le montant à l'Assistance publique pour les deux fêtes qui furent données à la Société des ingénieurs civils, refusa non seulement de payer la somme de 40 francs, représentant ce droit forfaitaire, mais encore a volontairement rendu irrécouvrable sa dette.

C'est en présence de cette attitude et des frais frustratoires auxquels elle s'est vue entraîner que l'Assistance publique a estimé qu'elle n'était pas tenue de faire profiter la société de secours mutuels du droit forfaitaire de 20 francs, et que, partant, elle était en droit de recouvrer le pourcentage légal, soit 25 % de la recette brute.

Au nom du président de la société de secours mutuels, Me Albert Clemenceau a réfuté la thèse de l'Assistance publique.

— Le procédé, qui serait déjà surprenant de la part d'un simple particulier, a-t-il souligné au cours de sa plaidoirie, devient invraisemblable lorsqu'il émane d'une administration telle que l'Assistance publique, qui cherche à faire supporter des frais frustratoires à une société de secours mutuels à laquelle elle devrait s'efforcer de venir en aide, puisque le fonctionnement de cette société lui fait réaliser des économies relativement importantes chaque année.

Le tribunal, que présidait M. Monier, n'a pas moins admis en principe le bien-fondé de l'instance de l'Assistance publique :

— Attendu qu'en effet, Roques, par son fait et comme conséquence de la responsabilité personnelle qui lui incombait quant à la perception et au versement des droits dont il s'agit, a mis l'Assistance publique dans l'impossibilité d'exercer utilement son recours ;

Que cette négligence et cette mauvaise volonté ont été pour l'Assistance publique la source d'un préjudice certain qui, d'après les justifications produites concernant les derniers prélèvements par elle opposés forfaitairement à ladite société et encaissés dans une pareille circonstance, doit être fixé à 150 francs....

C'est donc un droit des pauvres de 150 fr que devra percevoir l'Assistance publique.

***

Ce jugement nous apprend

Que l'Assistance publique, chargée de gérer au mieux le bien des pauvres, reçoit l'ordre du ministre et du préfet de la Seine de faire des remises aux sociétés de secours mutuels composées surtout de sociétaires dans l'aisance.

C'est ici le cas qui nous occupe, puisqu'il s'agit d'ouvriers mécaniciens en coffres-forts gagnant au moins de 10 à 15 fr. par jour et peut-être davantage ;

Que les pauvres soient obligés de subventionner les sociétés mutuelles ;

Que les pauvres doivent payer les frais de ces grandes fêtes mutualistes destinées surtout à l'agrément et à l'intérêt décoratif des administrateurs ;

Que les lois sont bonnes pour tous les citoyens, sauf pour les mutualistes qui forment une nouvelle catégorie de privilégiés, malgré l'abolition des privilèges par la Révolution.

Dr M. VIMONT.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Erreur n'est pas compte ou l'art d'interpréter les textes.

Le journal *La Pharmacie Française* du mois d'avril dernier publie l'article suivant, dans lequel je suis personnellement pris à partie par M. LE GALLIC DU RUMEL, pharmacien de 1re classe.

Au mois de décembre dernier, je faisais paraître dans la « Pharmacie Française » quelques réflexions à propos de l'exercice de la pharmacie par les médecins. Loin de moi l'idée d'y juger des capacités du corps médical dans lequel, outre quelques parents, je compte de nombreux et excellents amis ; je voulais simplement montrer le danger que présente vis-à-vis des pharmaciens et du public une catégorie de médecins qui exercent un métier qui n'est pas de leur compétence. Néanmoins, quelques médecins à l'épiderme très sensible se sont offensés de certaines de mes allégations. L'un d'eux, notamment, par l'organe de son journal le *Concours médical* du 8 février et sous les initiales G. D. profite de la circonstance pour exhaler sa bile vis-à-vis du corps pharmaceutique. Après maintes récriminations contre les pharmaciens qui exercent illégalement la médecine allant, selon ses dires, jusqu'à faire usage du spéculum et de la seringue de Pravaz, ce docteur continue :

«..... Le bon goût de cette attaque contre la science des médecins en général, n'échappera pas à nos lecteurs. Ils savent, en effet, que nul n'est plus compétent qu'un pharmacien pour apprécier leur valeur professionnelle, pour réformer un diagnostic, pour critiquer une ordonnance, etc. Heureusement que les tribunaux nous apportent de temps en temps, bien que trop rarement, la satisfaction d'une condamnation prononcée contre certains pharmaciens ayant eu la langue trop prompte pour débiner un médecin. Oui, nous savons bien ce que l'on nous répondra : la correction des erreurs de doses commises par les prescripteurs, les formules inexécutables en raison des incompatibilités qu'elles comportent... »

« Erreur n'est pas compte, d'abord — celles que nous signalons ici ne permettent pas de juger de l'ignorance du médecin et si la loi a imposé aux pharmaciens l'obligation de faire de longues études, sanctionnées par un diplôme, c'est qu'elle a voulu précisément placer derrière le médecin, sujet à se tromper uniquement parce qu'il est homme, une autorité scientifique susceptible de le reprendre et d'apporter ainsi au malade une double garantie — autrement l'épicier serait suffisant.

« Nous n'avons nullement l'intention de chercher une mauvaise querelle à l'honorable corporation des pharmaciens parmi lesquels nous comptons d'excellents amis. Tout de même, il n'est pas mauvais de rappeler à la discrétion ceux qui, dans un excès de zèle intempestif, se laissent aller à de telles intempérances de plume et oublient qu'au-dessus des intérêts des médecins et des pharmaciens, plane très haut l'intérêt des malades. »

Vraiment ce docteur est très plaisant. Il trouve qu'en médecine « Erreur n'est pas compte ». Heureusement qu'en ce qui le concerne cette théorie funambulesque n'est pas dangereuse pour ses malades puisque, comme il l'affirme, il possède derrière lui des pharmaciens qui sont là pour rectifier les erreurs que tout médecin peut commettre.

Voici donc un point nettement déterminé. Tout médecin, abstraction faite de ses connaissances, peut commettre des erreurs parce qu'il n'est pas infaillible et ces erreurs doivent être rectifiées par un pharmacien placé par la faculté derrière le médecin pour apporter aux malades une garantie de sécurité.

Mais alors, et les médecins propharmaciens qui restent sans contrôle ? quelle sécurité présentent-ils vis-à-vis du public ??? En présentent-ils donc plus que l'épicier dont nous parle le docteur G. D. ?

Eux aussi ont-ils donc la prétention de pouvoir dire : « Erreur n'est pas compte ». Ils sont hommes, par conséquent sujets à se tromper, cela doublement puisqu'ils cumulent la prescription et la préparation des médicaments et d'autant plus qu'ils sont non seulement incapables de reconnaître l'identité des produits qu'ils manipulent, mais qu'ils ignorent les propriétés physiques et chimiques et les incompatibilités de ces médicaments.

Où est-il donc ce fameux intérêt du malade qui doit être placé au-dessus des intérêts du médecin et du pharmacien ?

Ces médecins propharmaciens domiciliés à une distance de 2 ou 3 kilomètres, quelquefois moindre, d'une pharmacie, recherchent-ils vraiment cet intérêt ?

Il est de toute évidence qu'à part de très rares exceptions, l'administration des médicaments par ces médecins est plutôt contraire à l'intérêt des malades. Je dis plus, c'est pour eux un véritable danger et les médicaments qui pourront alors être employés

rentrent dans la catégorie des produits d'urgence que je citais dans mon précédent article : objets de pansements, antiseptiques, sérums, narcotiques.

Je le répète, l'exercice de la pharmacie par les médecins propharmaciens n'a aucune raison d'être. Le docteur G. D. malgré son petit mouvement de mauvaise humeur reconnaît lui-même que le pharmacien a une raison majeure d'être le seul à pouvoir préparer les médicaments et le Parlement, lors de la nouvelle loi, ne devra et ne pourra faire autrement que statuer dans ce sens, « la pharmacie aux pharmaciens. »

Ch. LE GALLIC DU RUMEL.
Pharmacien de 1re classe, ex-membre de l'A. A.
Collinée (Côtes-du-Nord).

Comme dans son premier article, je trouve dans celui-ci des inexactitudes, des erreurs d'interprétation, voire des amabilités à mon endroit qu'il m'est tout à fait impossible de passer sous silence : décidément, M. Le Gallic du Rumel est coutumier du fait !

1° Je n'ai point exhalé ma bile envers le corps pharmaceutique pour la toute simple raison que je n'en ai point. Je m'en suis pris personnellement à M. Le Gallic, qui décharge la sienne — de bile — envers les propharmaciens, et ne trouve pas de meilleur argument que celui-ci : nous permet-on, à nous, pharmaciens, de manier la seringue de Pravaz ou le forceps ?

Je lui ai répondu que sans doute on ne le leur permet pas, mais que la grande majorité de ses confrères se passent désinvoltement de la permission pour faire tous les jours et plusieurs fois par jour œuvre de médecin, et laquelle ! ! ! J'ai précisé que j'en ai vu un, de mes yeux, ponctionner avec une seringue de Pravaz un hygroma enflammé du coude, commettant ainsi tout à la fois un délit et une mauvaise action. Mais je me hâte d'ajouter que j'estime, et je m'en suis nettement expliqué ailleurs, — que dans bien des cas, il est bien difficile au pharmacien de refuser le renseignement qui lui est demandé, et la potion ou le cachet qui en sont le corollaire. Il a une excuse à agir ainsi, cette excuse, je ne l'admets qu'autant que la potion ne contiendra aucun principe actif, que les pilules seront composées de mica panis, et que leur délivrance sera accompagnée de la déclaration suivante : « Et si cela ne va pas mieux, vous irez voir un médecin. » On n'est pas plus accommodant, ni moins bilieux.

2° Je m'honore d'avoir proclamé que le médecin est, comme le reste des humains, sujet à l'erreur. Si je prétendais, pour mes confrères et pour moi-même, à l'infaillibilité, je ne serais qu'un imbécile, et M. Le Gallic aurait parfaitement le droit de le penser et de le dire. Il n'y a là rien de plaisant ni de funambulesque : c'est du simple bon sens, et rien de plus.

Mais je n'ai jamais dit que la Faculté (*sic*) a placé le pharmacien derrière le médecin pour corriger les erreurs de celui-ci. J'ai dit que si la *Loi*, — et non la Faculté qui n'a rien à voir làdedans, — exige que le préparateur des prescriptions médicales possède des connaissances scientifiques déterminées, sanctionnées par un diplôme, c'est pour qu'il soit capable, à l'occasion, de redresser le *lapsus calami* que le médecin le plus habile et le plus consciencieux peut commettre, lorsqu'il rédige son ordonnance à la fin d'une journée de visites plus fatigantes les unes que les autres, dans des conditions souvent défavorables, distrait de sa tâche par l'entourage du malade qui l'accable de questions. Mais je m'empresse d'ajouter que si ce médecin était appelé à exécuter quelques heures plus tard sa propre ordonnance, et c'est le cas du propharmacien, si déplaisant à M. Le Gallic, — il s'apercevrait incontinent de son erreur et s'empresserait de la réparer.

3° J'ai dit et je maintiens qu'au-dessus des intérêts fort respectables du médecin et du pharmacien, plane très haut l'intérêt du malade. Et je prétends que c'est cet intérêt supérieur du malade qui a déterminé le législateur à introduire dans la loi de Germinal le fameux article 27 qui fait si fortement « tiquer » M. Le Gallic. Que les conditions ne soient pas les mêmes en 1914 qu'en l'an XI, j'en conviens sans difficulté. Que les moyens de communication soient notamment plus rapides et plus perfectionnés, personne ne songera à le nier. N'empêche qu'il existe encore de très nombreuses communes où ne pourraient vivre à la fois médecin et pharmacien, et où il est tout naturel et parfaitement légitime, dans l'intérêt des malades, que le médecin puisse délivrer à ceux-ci les médicaments qu'il leur prescrit. Car c'est à cela que doit se borner et se borne habituellement le propharmacien, qui, n'ayant et ne pouvant pas avoir officine ouverte, n'exerce pas à proprement parler la pharmacie et se borne à préparer ses propres prescriptions, et rien que celles-ci. Et je compte bien que si le Parlement vote un jour une nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie, il y maintiendra purement et simplement l'article 27, incriminé.

Mais cette loi sur l'exercice de la pharmacie, je la vois personnellement telle que, si elle était rédigée selon mes conceptions, l'article 27 n'aurait plus de raison d'être, que cesseraient *ipso facto* tous les conflits qui surgissent si souvent entre médecins et pharmaciens, et que M. Le Gallic et moi serions parfaitement d'accord.

Sans revenir en détail sur ce que j'ai exposé longuement dans de précédents articles, je rappelle d'un mot que, d'accord en cela avec nombre de médecins et même des pharmaciens, j'ai préconisé la substitution de l'unicisme professionnel au dualisme actuel, que je considère comme

un non-sens. Il est inadmissible que le médecin n'ait aucun contrôle sur les préparations qu'il formule, et de quoi dépend le succès de la médication instituée par lui. Il est non moins inadmissible que le pharmacien n'ait aucun contrôle sur les malades à qui sont destinées les préparations qu'il exécute.

La pharmacie est une branche de l'art de guérir. Elle doit faire partie des études médicales, sanctionnées par un diplôme unique, qui permettrait à ses détenteurs de choisir à leur gré entre la tenue d'une officine, ou la visite des malades, ou de cumuler les deux occupations, sans que dans aucun cas, ils soient amenés à exercer illégalement la médecine ou la pharmacie.

Voilà, semble-t-il, de quoi éclairer M. Le Gallic sur la nature de mes véritables sentiments. Quant à ma sensibilité, j'entends ma sensibilité épidermique, que mon honorable contradicteur trouve trop vive, elle ne s'exaspère que par voie réflexe, et, dans le différend actuel, le réflexe a été déclanché par l'attaque — dirai-je malveillante ? — de M. Le Gallic contre le corps médical, dont il trouve la science précaire et insuffisante, et qui aurait tout à gagner, ainsi que les malades, à avoir fait de plus longues études qu'aujourd'hui.

Eût-il mieux aimé le haussement dédaigneux d'épaules que méritent les élucubrations sans consistance et sans conséquence ? Je ne l'ai point pensé, et j'estime au contraire qu'en discutant ses idées, et en relevant ses attaques, je lui fais l'honneur de le traiter en adversaire digne d'être combattu loyalement. C'est ce qu'il ne manquera certainement pas de constater de bonne foi si, comme j'ose l'espérer, sa vision n'est pas obscurcie par cette poutre dont tant de mortels ignorent la présence dans leur œil, alors qu'ils distinguent fort bien la paille dans l'œil de leur voisin.

G. DUCHESNE (1)

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Nous lisons dans la *Provence médicale* :

Union nationale des Syndicats médicaux.

Lettre à M. le docteur Lafontaine, secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France :

Mon cher confrère,

Vous voulez bien nous informer qu'à la suite des pourparlers engagés avec M. le Ministre du travail, le Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France a décidé de ne pas participer aux travaux de la Commission Chéron, instituée par le décret du 1er juillet 1913.

Vous ajoutez :

« M. Métin, successeur de M. Chéron, a refusé, en effet, de nous donner les garanties nécessaires. Ce refus n'a donc fait que confirmer l'impression de notre Assemblée générale, à savoir : que la Commission n'a qu'un but : Tarifer les honoraires médicaux dans les mutualités, l'A. M. G., etc.

« Cette intrusion de l'Etat entre les malades et les médecins, cette tentative de taxation des honoraires, l'Union des Syndicats médicaux de France ne peut l'accepter.

« Les Syndicats adhérents à l'Union ne veulent pas participer à une besogne qui consiste à préparer l'assujettissement du Corps médical.

« Voilà la raison de leur refus à prendre part à la Commission Chéron-Métin.

« M. Métin a sans doute songé à vous pour réaliser ses desseins.

« Il a pensé que le seul fait de ne pas adhérer à l'Union des Syndicats signifiait que vous étiez susceptibles de prendre part à une action manifestement dirigée contre le Corps médical.

« C'est vous faire violemment injure que vous croire capables de remplir un pareil rôle en collaborant avec les bureaux du Ministère à la taxation des honoraires médicaux et à la suppression du libre choix.

« Notre lettre, mon cher confrère, n'a qu'un but : Vous mettre en garde contre les sollicitations qui ne manqueront pas de vous être adressées, etc. »

Nous vous remercions, mon cher confrère, de votre communication.

Nous vous rappellerons que dès sa première Assemblée CONSTITUTIVE du 5 avril 1913, l'*Union Nationale* a inscrit dans son programme les points suivants :

1° Libre choix sous toutes ses formes : assistance, mutualités, accidents du travail, etc. ;

2° Relèvement des honoraires médicaux ;

3° Maintien et révision du tarif Dubief ;

4° Lutte contre la fonctionnarisation de la médecine ;

5° Nécessité de la *collaboration* du corps médical à la confection et à l'application des lois sociales et d'hygiène publique ou relatives à l'exercice et à l'enseignement de la médecine, etc.

Après la publication du décret du 1er juillet 1913, instituant la Commission Chéron, tous les Syndicats médicaux adhérents à l'*Union Na-*

(1) Que M. Le Gallic du Rumel soit bien convaincu que ce n'est pas pour me cacher derrière un vague anonymat qui n'est ni dans mes goûts ni dans mes habitudes, que je me borne à signer le plus souvent G. D. Le secrétaire de la Rédaction du *Concours Médical*, nommément désigné sur la manchette du Journal, se contente d'endosser la paternité de ses articles sous le couvert de ses initiales, pour ne pas étaler son nom trop souvent dans l'intérieur. Personne ne s'y est jamais trompé.

tionale envoyèrent au Ministre du Travail une protestation énergique.

En outre, dans son Assemblée du 14 novembre 1913, l'*Union Nationale* vota un ordre du jour faisant toutes réserves sur l'objet, la composition, le mode de nomination, la compétence et les projets de la Commission Chéron.

A votre demande de « faire bloc » l'*Union Nationale* n'hésite pas à répondre : *Oui* !

Nous prendrons connaissance des documents que vous promettez de publier dans quelques jours

Voulez-vous maintenant, mon cher confrère, me permettre une petite observation ? Vous profitez, dites-vous, dans le dernier alinéa de votre lettre, de l'occasion qui vous est offerte de montrer l'utilité de l'*Union*. La volonté de l'*Union Nationale* de « faire bloc » démontre qu'il n'est pas nécessaire que les Syndicats médicaux adhèrent à l'*Union* ancienne pour qu'ils sachent, le cas échéant, remplir leur devoir de défense des intérêts professionnels. L'adhésion à l'ancienne *Union* ne peut nullement constituer une garantie infaillible que chacun de ses syndicats affiliés suivra effectivement les décisions prises.

L'unité du syndicalisme médical, au point de vue de l'organisation, pourra exister quand vous voudrez bien, mon cher confrère, laisser aux groupements syndicaux, *Fédérations* ou *Collèges*, le droit de *nommer* eux-mêmes leurs délégués au Conseil de l'*Union*.

La cohésion des Syndicats par les *Fédérations* offrirait une autre force de résistance aux empiètements des pouvoirs publics et des collectivités, que l'isolement et l'éparpillement sur tout le territoire de Syndicats qui ne reçoivent des encouragements à la lutte que par les circulaires d'un état-major central, uniquement.

Je vous prie d'agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus confraternels.

Pour le bureau de l'*Union nationale*,

Dr BOLLIET.

Lyon, le 30 *mars* 1914.

I

Syndicat médical de Mortagne.

(Extrait du procès-verbal de la réunion du 5 octobre 1913 tenue sous la présidence du Dr LEVASSORT.)

Le Syndicat invité par le Parquet à se porter partie civile dans l'affaire de poursuites contre certains bandagistes, poursuivis pour exercice illégal de la médecine, donne à son bureau le soin de prendre une décision.

La Commission Chéron provoque de la part du Syndicat une déclaration ainsi formulée par notre confrère le Dr Decuyper :

« Le Syndicat médical de Mortagne, réuni le « 5 octobre 1913,

« Proteste contre toute immixtion des pou- « voirs publics dans la fixation des honoraires « médicaux, dont le résultat serait l'achemine- « ment progressif du corps médical vers le fonc- « tionnarisme.

« *Considérant* qu'on ne peut discuter qu'une « tarification d'accidents du travail et de ma- « ladies professionnelles et que cette tarification « doit servir seulement de base préfixe limitative « à la responsabilité patronale au cas de contes- « tation,

« Emet le vœu :

« Que les trois médecins, délégués à la Com- « mission, soient désignés, non par le ministre, « mais par un vote annuel de l'assemblée géné- « rale de l'Union qui, chaque année, pourra « maintenir ou non ces délégués.

« Ces délégués des syndicats auront la mission :

« 1o De discuter l'amélioration du tarif Du- « bief et son extension aux maladies profession- « nelles sur des bases conformes aux desiderata « du corps médical ; pas de système forfaitaire, « libre choix, indemnité kilométrique réelle ja- « mais inférieure à 1 franc du kilomètre par- « couru, pas d'acte médical inférieur à 2 francs., « guerre aux abus en matière d'expertises, etc.

« 2o De protester contre la désignation des mé- « decins AGRÉÉS sapant par la base le libre « choix ;

« 3o De refuser toute entrée en discussion au « sujet de l'assistance médicale gratuite ou des « mutualités, cette tarification relevant d'en- « tentes directes départementales, régionales ou « locales, l'Etat n'intervenant que pour subven- « tionner ;

« 4o De préconiser toute mesure d'arbitrage « pour mettre un terme aux abus quels qu'ils « soient et d'où qu'ils viennent. »

Au sujet du tarif Dubief, on demande que le tarif du déplacement réel soit fixé invariablement, quel que soit le mode de locomotion employé par le médecin.

Tuberculose : les médecins ne seraient tenus à la déclaration que dans le cas où la désinfection leur paraîtrait nécessaire ou utile.

La nécessité absolue d'un congrès des praticiens est reconnue. On vote une subvention pour ce congrès.

L'élection d'un délégué sera votée plus tard.

Le président est chargé de poursuivre, conjointement avec le Dr Le Jemtel, président de la

Fédération départementale des Syndicats, l'étude de la question du corps médical.

Les étudiants étrangers ne pourront être admis à prendre des inscriptions et à suivre les cours de médecine que s'ils sont munis des diplômes exigés de tous les étudiants français et s'ils ont accompli le service militaire de trois ans.

III

Syndicat médical de la Creuse.

Extrait du procès-verbal de l'Assemblée générale ordinaire du 15 *octobre* 1913.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la Société de secours mutuels des cantonniers vicinaux, dont les dirigeants avaient décidé, sans avis préalable du corps médical organisé, d'imposer le tarif d'assistance médicale gratuite aux médecins appelés à soigner les membres de cette Société. Après divers échanges de vue, il est convenu qu'une réponse officielle sera faite par le secrétaire général du Syndicat médical de la Creuse au président de la Société, faisant savoir à ce dernier la volonté des médecins syndiqués creusois d'appliquer le droit commun à toutes les sociétés de secours mutuels. Voici le texte de la lettre qui a été écrite par le Dr Dumont à M. Lacôte, conseiller général de Genouillat, président de la Société de secours mutuels des cantonniers vicinaux :

Monsieur le Conseiller général,

Le Syndicat médical de la Creuse, dans son Assemblée générale d'hier, 15 octobre, a pris connaissance de la lettre que vous avez adressée à son Président au sujet de la Société de secours mutuels des cantonniers vicinaux.

Nous avons été unanimes à rendre hommage au dévouement dont vous faites preuve vis-à-vis de cette Société, ainsi qu'aux excellentes intentions de votre part. Malheureusement, et à notre profond regret, il nous est absolument impossible de consentir la moindre réduction pour cette catégorie de fonctionnaires, quelque intéressante que soit leur situation.

Nous avons en effet décidé d'appliquer le droit commun à toutes les sociétés de secours mutuels. C'est dans ce sens que nous avons déjà répondu à la Société de secours mutuels des instituteurs. L'augmentation continuelle du nombre des médecins, l'accroissement des dépenses résultant de la cherté des vivres, ainsi que la pratique devenue indispensable de l'automobile comme moyen de transport, ont rendu de plus en plus précaire l'exercice d'une profession déjà assez mal rémunérée, quoi qu'en pense le vulgaire, et ne nous permettent nullement de faire les frais d'une charge qui incombe d'ailleurs à la collectivité. Nous sommes les premiers à reconnaître la modicité des appointements des cantonniers vicinaux. Mais c'est au Conseil général qu'il appartient de les relever. Nous ne doutons pas, Monsieur le Conseiller général, que si votre légitime et incontestable influence auprès de vos collègues s'emploie dans ce sens, elle ne réussisse à réaliser l'œuvre de justice dont votre lettre se fait l'interprète.

Veuillez agréer, etc.

Pour le Syndicat médical de la Creuse et par ordre :

Le secrétaire général

Louis-J.-F. Dumont.

En reponse a cette lettre, nous avons reçu, datée du 22 novembre 1913, une circulaire émanant du bureau de la Société, qui donne droit à notre demande. Quoi qu'en pensent certains esprits dédaigneux de la collaboration confraternelle mutuelle, parce que souvent impuissante, chacun pourra voir là un exemple vivant de l'utilité pratique des revendications syndicales.

Le tarif de l'Assistance médicale adopté en 1908, prenant fin au 31 décembre 1913, le Dr Treille, président du Syndicat, avait été appelé par la commission du Conseil général de la Creuse à émettre son avis sur le tarif et à proposer des modifications. A côté de modifications demandées par le Dr Treille, et qui ont été refusées (augmentation du prix des visites de nuit, par exemple), certaines autres ont été obtenues, et favorables au corps médical. Ce sont les saignées portées à 3 francs au lieu de 2 francs, les cautérisations par les caustiques, 2 francs au lieu de 1 franc ; les injections de sérum, à 4 francs au lieu de 3 francs ; les versions et les applications de forceps à 20 francs au lieu de 10 francs. En outre deux interventions ont été portées au tarif, qui n'y figurent point : ce sont l'opération d'appendicite comptée 50 francs et la ponction lombaire comptée 15 francs. En présence des résultats heureux que les démarches du Dr Treille ont pu faire obtenir au corps médical, le syndicat lui adresse des félicitations et le remercie de la part active qu'il a prise.

CHRONIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Qu'est-ce qu'un accident du travail ?

Cette question, posée, il y a quelques semaines, par Diverneresse, a provoqué quelques réponses que nous avons publiées en leur temps.

Voici l'avis détaillé de M. Daniel Massé, juge de paix, publié dans *Medicina*.

Nous acceptons volontiers les définitions proposées par le distingué magistrat, sauf que nous demandons au 6e alinéa, le remplacement de l'épithète SOUDAINE par celle de RAPIDE.

.... A quelles professions s'applique la législation sur le risque professionnel ? Quels sont les accidents indemnisés ? Quels sont les employés bénéficiaires ? Quels sont les employeurs responsables ?

Toutes ces questions n'intéressent pas, au même titre, les médecins.

Que la loi s'applique à l'industrie et au commerce, en général, à l'agriculture, parfois, quand il s'agit d'accidents causés par l'emploi de moteurs mécaniques ; que les employés bénéficiaires soient ceux qui dépendent du chef d'entreprise, sans distinction de fonction, de salaire, de sexe, de nationalité même ; que les employeurs responsables soient ceux qui dirigent effectivement l'entreprise, individus ou collectivités, sociétés anonymes et même entreprises publiques, — il n'y a là rien qui doive préoccuper le médecin.

Mais les accidents indemnisés ? La question est importante. Suivant qu'il y a ou non *accident du travail*, le médecin a, pour le payement de ses honoraires, un recours ou non contre l'employeur, plus solvable, en général, que l'ouvrier ou employé. De plus, les tarifs en matière d'accident, pour les frais de médecin, sont déterminés par un acte de l'exécutif, comme on le verra.

Qu'est-ce donc d'abord qu'un *accident* ?

Il faut entendre par accident une lésion corporelle, provenant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure : chute, explosion, choc, fracture, blessure par outil, machine, objet quelconque, asphyxie accidentelle, etc., etc.

La maladie en général, et les maladies professionnelles, tout particulièrement, provenant d'une cause lente et durable (air vicié des locaux, absorption des poussières et gaz nuisibles, intoxications, etc.), et entraînant à la longue l'invalidité : tuberculose, nécrose, rhumatisme, etc., ne sont pas considérées comme accidents. Cependant, la loi reprend son empire si un accident léger subit une aggravation par suite de l'insalubrité ou de l'infection de l'industrie.

L'accident ainsi défini n'est accident du travail que s'il survient à l'occasion et par le fait du travail ou qu'il s'y rattache par un lien plus ou moins étroit. C'est cette relation, ce rapport de cause à effet qu'il s'agit d'établir dans les cas douteux, soit comme circonstances de fait, soit comme états morbides équivoques (hernies, insolations, etc.).

Dans les cas de force majeure étrangers à l'exploitation : foudre, insolation, le dommage qui en résulte n'est pas garanti par la loi, à moins que les effets de l'évènement de force majeure n'aient été aggravés par l'exercice même de la profession et son caractère.

Lorsque l'accident a été intentionnellement provoqué par la victime, celle-ci n'a droit à aucune réparation. Le cas de faute inexcusable du patron ou de l'ouvrier laisse aux tribunaux, dans les limites fixées par la loi, la faculté de diminuer ou d'augmenter l'indemnité.

Enfin, l'accident, pour donner droit à réparation, doit causer pour la victime une interruption de travail d'au moins quatre jours. L'indemnité n'est due qu'à partir du cinquième jour si l'incapacité n'excède pas dix jours. Au delà, l'indemnité est due à partir du premier jour.

Dans un prochain article, nous étudierons d'après la jurisprudence, les cas ambigus, douteux et équivoques au point de vue, tant de l'application de la loi que du diagnostic médical, relatifs aux accidents du travail.

Chronique de la fonctionnarisati on médicale

La course aux prébendes (1)

Quand j'écris prébendes, j'exagère, puisque, à un tel vocable, s'attache la signification, d'abord de sinécure, ensuite de copieuse rétribution.

L'une et l'autre de ces qualités font généralement défaut aux emplois réservés aux médecins. Les prébendes qui sont accordées, par les divers pouvoirs constitués, aux médecins, sont nombreuses, mais n'ont rien d'une sinécure, et ne rappellent, que de très loin, les appointements d'un trésorier payeur-général ; je fais appel au témoignage de nos confrères du bureau de bienfaisance. Et cependant, que devienne libre demain, un secteur du dit bureau, ce sera la ruée, ce sera la compétition, la guerre d'influences, durant que nos dirigeants se frotteront les mains en souriant, désabusés, et sceptiques. Tel confrère sait que telle prébende municipale ou départementale ne vaut rien, et cependant il postule, il s'agite, accepte toutes les servitudes, méconnaît tous les devoirs envers lui-même et envers sa corporation. Il est enfin désigné dans le poste convoité et n'a plus qu'une hâte, après six mois de fonctions : de quitter vivement la galère dans laquelle il s'est sottement embarqué. Le confrère essaie alors d'analyser les mobiles qui le poussèrent vers la fâcheuse prébende et il ne trouve, une fois encore, que la fâcheuse *ENVIE* professionnelle, qui ne lui a fait postuler et obtenir une prébende ridicule, que pour empêcher le confrère concurrent de l'obtenir. Et cependant, confrère impénitent, la meilleure façon d'éloigner

(1) *La Provence Médicale*, mars 1914.

un confrère dangereux en clientèle, consisterait justement à lui faire attribuer toutes prébendes de votre commune ou de votre département. Le petit fonctionnarisme offert au médecin est la principale des causes de la déchéance morale et de la ruine matérielle du médecin. Regardons autour de nous les confrères qui sont jalousement appréciés par les débutants ou dont la succession est déjà surveillée par ceux bien avec la préfecture... Qu'est devenue la belle clientèle promise à leur science ou possible à leurs qualités professionnelles ? envolée, émiettée, dispersée ! !

Gare à vous, confrère fonctionnaire, si tel client vous vient quérir durant que vous êtes au bureau d'hygiène ou au bureau de bienfaisance ! Il ne vous pardonnera pas !... Cependant il conviendra parfaitement que tel médecin de clientèle puisse n'être pas chez lui à toute heure, puisque retenu au dehors par la seule confiance des clients... On pardonne tout au médecin de clientèle et on est impitoyable envers le médecin officiel. Je conte un peu librement ce chapitre de psychologie professionnelle, parce que je fus autrefois un médecin jalousé et prébendé, et le plus beau jour de ma carrière fut certainement celui où une convulsion politique me destitua de toutes mes prébendes. Alors, direz-vous, qui assurera les divers services publics ? ? Oh !... j'y vois très bien le fonctionnaire total, analogue au médecin de l'armée ou de la marine, assurant complètement tous les services publics, unifiés et centralisés, avec une situation définitive et un avenir garanti !... Le médecin de clientèle redeviendra alors le praticien, pratiquant une profession libérale en toute liberté et indépendance, et l'exploitation de la corporation par les pouvoirs constitués aura vécu...

Dr J. PERALDI.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

La répression de l'exercice illégal de la médecine.

Dans ces dernières années, la répression de l'exercice illégal de la médecine a donné le jour à trois affaires sensationnelles : celle du zouave Jacob, celle de Mac Laughlin et celle de Macaura.

Dans ces trois procès, dont le dernier est encore en cours, l'intérêt provient tant des questions de droit qu'elles ont soulevées que de la notoriété des prévenus et des moyens qu'ils ont pu mettre en œuvre pour retarder la solution de l'affaire, faute d'avoir pu l'étouffer purement et simplement.

Dans les trois, c'est le Syndicat des médecins de la Seine qui a soutenu avec vigueur la dextre vengeresse du parquet, trop souvent en butte à des sollicitations que, suivant un exemple récent, nous nous contenterons de qualifier de déplorables.

La dernière de ces affaires, l'affaire Macaura, si elle a pu donner lieu à des compte-rendus judiciaires appréciés comme il convient dans un précédent numéro de ce journal, n'a pas encore droit à figurer dans notre rubrique, puisque le jugement est toujours attendu. Nous aurons donc l'occasion d'y revenir, et, aujourd'hui, nous allons examiner rapidement les deux autres.

Le zouave Jacob, qui a depuis été enlevé, à un âge avancé, à l'admiration de sa clientèle, était un récidiviste de l'exercice illégal. La dernière poursuite à laquelle il a été en butte a épuisé tous les degrés de juridiction : Tribunal correctionnel, Cour d'appel, Cour de cassation.

Condamné en 1893, acquitté le 27 mai 1909 par la 10e chambre correctionnelle de la Seine, Jacob avait été condamné à 100 francs d'amende, et à 200 fr. de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine, partie civile, par arrêt rendu le 14 janvier 1911 par la 9e chambre de la Cour de Paris.

Un pourvoi formé contre cette dernière décision fut rejeté par la Chambre criminelle de la Cour de cassation en date du 8 avril 1911 (Voir *Concours médical*, 1911, page 391).

« Attendu, dit l'arrêt, qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que Jacob, qui se dit médecin guérisseur assisté par les esprits et n'est muni d'aucun diplôme, reçoit chaque jour des malades qui viennent le visiter, dans le but de se faire guérir ; que sa méthode consiste principalement à agir sur leur imagination en leur persuadant qu'il possède un fluide émanant des esprits, et qu'il le communique par le regard et par le toucher ; qu'il leur indique en outre les aliments et les boissons dont ils doivent s'abstenir et ceux dont ils doivent faire usage, qu'il leur prescrit ainsi un régime ; enfin que ces actes et ces conseils tendent à la guérison ou à l'atténuation des maladies,

« Attendu que, de l'ensemble de ces circonstances, il résulte que Jacob a donné *une direction à des malades et qu'il a pris part habituellement au traitement de leurs maladies* ».

Cette décision n'est pas incompatible avec un arrêt rendu le 15 mars 1912 par la 9e chambre de la Cour de Paris et qui, confirmant par d'autres motifs un jugement du tribunal correctionnel de Versailles, renvoyait une dame T., des fins d'une plainte en exercice illégal de la médecine, parce que, en fait, la dame T., ne paraissait pas avoir pris part « *habituellement ou par une direction suivie* au traitement médical de maladies ».

« Considérant, ajoute l'arrêt, qu'elle se bornait à imposer les mains indistinctement à tous ceux qui

s'adressent à elle sans formuler aucune prescription thérapeutique ni ordonner aucun régime alimentaire ou autre ;

« Considérant que si, d'autre part, la dame T. a parfois pratiqué des massages sur les personnes qui s'adressaient à elle, ces faits isolés ne peuvent par eux-mêmes et dans tous les cas être envisagés comme constituant des faits d'exercice illégal de la médecine ».

L'affaire Mac Laughlin est intéressante par le fait que l'arrêt rendu le 7 juin 1912 par la Cour d'appel de Paris, plus sévère que le jugement rendu le 3 mars 1910, par le Tribunal correctionnel de la Seine, a condamné les prévenus, directeurs successifs du fameux Institut de l'Electro-vigueur et docteurs en médecine, leurs complices, à la fois pour exercice illégal de la médecine et pour escroquerie, à des peines variant de deux ans à 6 mois de prison, à mille francs d'amende et à 30.000 francs de dommages-intérêts solidairement envers le Syndicat des Médecins de la Seine, le Syndicat des Electrothérapeutes et le Syndicat médical de Paris.

En dehors des procès que nous venons de relater, nombreuses ont été les poursuites engagées ou soutenues par les Syndicats médicaux contre les illégaux.

Au premier rang vient, dans cet ordre d'idées, le Syndicat des médecins de la Seine, dont l'Office pour la répression de l'exercice illégal, auquel M. le Dr Ch. Levassort a attaché son nom, contribue à mener le bon combat sous la direction de MM. les docteurs Armand Lévy et Patry.

Nous citerons encore le Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine, célèbre par ses démêlés avec l'abbé Chaupitre, le Syndicat de la Dordogne, qui a fait condamner également, en correctionnelle et en appel, des prêtres qui se livraient à l'exercice illégal, le Syndicat du Puy, le Syndicat de la Vallée de la Meuse, etc.

Le *Concours médical* a déja publié soit l'indication, soit même le texte d'un certain nombre des jugements obtenus grâce à ces divers syndicats. Nous n'y reviendrons pas.

Pour plusieurs d'entre eux, c'est grâce à l'appui du « Sou médical » que les Syndicats, dont les moyens financiers, sont souvent assez restreints, ont pu faire les frais des procès, car il y a toujours des frais à supporter, ne seraient-ce que les honoraires de l'avocat, et souvent les dommages-intérêts que le tribunal a alloués au syndicat ne peuvent être recouvrés contre l'illégal, qui a su se rendre insolvable.

Le « Sou médical » lorsqu'il est saisi par un Syndicat d'une affaire d'exercice illégal dans laquelle une action paraît devoir être intentée avec succès, a l'habitude, en effet de donner au Syndicat l'appui pécuniaire dans la proportion du nombre des membres du Syndicat qu'il compte parmi ses adhérents.

Voici deux jugements qui n'ont pas encore été publiés :

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE CHARLEVILLE

23 juin 1913.

Le tribunal, attendu qu'il résulte de l'information et des débats la preuve que depuis moins de trois ans, dans l'arrondissement de Charleville, la dame S., a à plusieurs reprises et d'une façon habituelle et suivie, opéré des massages sur divers malades, sans que ces massages fussent prescrits par un médecin ;

Qu'elle a même opéré des massages sur un malade alors que ces pratiques étaient intempestives et dangereuses et qu'elle n'ignorait pas qu'elles étaient interdites par le médecin

Qu'elle s'est ainsi rendue coupable du délit d'exercice illégal de la médecine que constitue tout traitement habituel d'une maladie quel qu'il soit, par une personne non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou officier de santé ;

Attendu que, s'il y a lieu de tenir compte dans l'application de la peine des bons antécédents de la dame S., il importe de réprimer cependant avec une sévérité relative des agissements nombreux et pratiqués, tout au moins dans un cas, de la façon la plus imprudente et au mépris des prescriptions médicales ;

Attendu que l'intervention du Syndicat des médecins de la Vallée de la Meuse en qualité de partie civile est recevable et fondée, que les agissements de la dame S. ont été de nature à lui causer un préjudice matériel et un préjudice moral dont il lui est dû réparation ; qu'il y a lieu, pour que cette réparation soit plus complète, d'ordonner une des insertions sollicitées

Par ces motifs :

Reçoit le Syndicat des Médecins de la Vallée de la Meuse intervenant dans la présente poursuite en qualité de partie civile.

Déclare la femme S., convaincue d'avoir, à Charleville ou dans l'arrondissement, depuis moins de trois ans, habituellement ou par une direction suivie pris part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé ;

Et, lui faisant application des articles 15 et 18 de la loi du 30 novembre 1892 qui ont été lus par le président, la condamne sur les réquisitions du ministère public, à cent francs d'amende ; sur les conclusions de la partie civile, à payer à celle-ci, la somme de soixante francs à titre de dommages-intérêts.

Ordonne l'insertion du jugement par extrait, dans un journal du département, au choix du Syndicat, dit que les frais de cette insertion ne devront pas dépasser vingt francs.

Condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre la condamnée, qui en restera définitivement chargée.

En nous envoyant la copie de ce jugement, le secrétaire du Syndicat nous apprend que le défenseur de la dame S. a commencé ainsi sa plaidoirie :

« Messieurs, les années se suivent et ne se ressemblent pas, dit-on. L'an dernier, j'étais le client de Madame S., aujourd'hui elle est ma cliente. De quel droit le Syndicat m'empêcherait-il de lui continuer ma confiance, etc., etc. »

Nouvel exemple de la crédulité des hommes de loi !

II

TRIBUNAL CORRECTIONNEL D'ALBERTVILLE

Jugement du 11 *septembre* 1913.

Attendu qu'il résulte des documents du procès et de l'ensemble des débats, que le prévenu Zelmans, officier de santé, se disant docteur en médecine, alors qu'il exerçait sa profession de médecin à F., au cours de l'année 1913, et précédemment, s'était associé avec Sibuet, propriétaire en la même commune, n'ayant aucun diplôme, pour exercer la médecine ; que spécialement, le 8 décembre 1912, après avoir reçu dans son cabinet T..., qui se plaignait d'une luxation à l'épaule, et lui avoir fait connaître que pour les luxations c'était Sibuet qui opérait, il le conduisit dans la maison de ce dernier qui seul fit les opérations nécessaires pour la réduction, sous les yeux du prévenu, dont la présence n'a été qu'un artifice pour couvrir de son nom et, ensuite de la signature qu'il a donnée, la pratique illégale de la médecine ;

Attendu que dans ces circonstances, il n'est pas douteux que le prévenu, muni d'un titre régulier est sorti de ses attributions conférées par la loi pour prêter son secours à Sibuet, ne possédant aucun diplôme, à l'effet de le soustraire aux prescriptions de la loi du 30 novembre 1892 ; qu'il a ainsi commis le délit prévu et puni par les articles 16, §§ 3 et 18 de ladite loi ; Attendu qu'il existe en la cause des circonstances atténuantes ;

Par ces motifs, le tribunal, jugeant contradictoirement et en premier ressort, déclare Zelmans, convaincu et coupable d'être, à F., le 8 décembre 1912, sorti des attributions que lui confère la loi en prêtant son concours au sieur S., personne non munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, et en réparation le condamne à cent francs d'amende (sursis) et aux dépens, contrainte par corps minimum.

Il est à remarquer que, dans cette affaire, seul l'officier de santé a été poursuivi et condamné. C'est que, aux termes de l'article 16, § 3, de la loi du 30 novembre 1892, toute personne qui, munie d'un diplôme, prête son concours à un illégal à l'effet de le soustraire aux prescriptions de la loi, est punissable pour un seul fait, alors que, pour la condamnation des personnes qui ne sont munies d'aucun diplôme, l'habitude ou la direction suivie sont nécessaires.

Dans l'espèce, la preuve de l'habitude ou de la direction suivie ne pouvait sans doute pas être faite contre le rebouteur.

J. Dumesny

Nous trouvons du reste dans le *Matin*, du 14 mai 1914, l'article suivant ayant trait à M. Jean Sibuet, député d'Albertville, cité dans le jugement précédent. Nous nous abstiendrons d'accompagner cet article, plein de saveur, de la plus petite réflexion :

Un député rhabilleur.

Albertville, 13 mai. — *Dépêche de l'envoyé spécial du « Matin ».* — Savez-vous ce que c'est qu'un « rhabilleur » ? Non ? Ne cherchez pas ! Un rhabilleur, en ce beau pays de Savoie, est une sorte de bon sorcier. A lui échoit la mission de soulager la misère des hommes. Si vous avez une jambe cassée, si vous avez attrapé une entorse, si vous souffrez de l'estomac, si vous avez des ennuis de ménage, allez trouver le rhabilleur, vous serez immédiatement soulagé, guéri, consolé : on naît rhabilleur, on ne le devient pas.

Le rhabilleur né, si l'on en croit ici la tradition montagnarde, se reconnaît à ce qu'il porte sur une quelconque partie du corps une fleur de lys. Il a également, toujours suivant la même tradition, le rognon gauche plus fort que le rognon droit. J'ai appris ces choses fort intéressantes au cours d'une longue randonnée que je viens de faire dans la circonscription d'Albertville. J'y ai appris également que M. Jean Sibuet, le nouveau député, était un rhabilleur de premier ordre, estimé à sa juste valeur par la plupart de ses électeurs.

M. Jean Sibuet a d'ailleurs de qui tenir : son père était déjà rhabilleur ; lui est rhabilleur depuis qu'il a atteint la majorité, il y a de cela une quarantaine d'années. Sa fille, à l'âge de huit ans, rhabillait déjà. Laissez-moi vous conter cette touchante histoire qui m'a été certifiée par plus de cent témoins.

A l'école où fréquentait la jeune Sibuet, une petite élève se cassa un bras ; toutes ses petites camarades éplorées criaient, sans songer à lui porter secours ; seule la petite fille du rhabilleur ne perdit pas la tête.

— Laissez-moi, dit-elle, cela me connaît !

Et elle « rhabilla le bras ». Comme on dit ici, elle avait le don. Avoir le don, tout est là.

M. Jean Sibuet, député d'Albertville, l'a à un degré supérieur. C'est d'ailleurs à peu près le seul don que la nature lui ait octroyé. Comme certains électeurs s'étonnaient qu'avec de pareilles dispositions il n'eût pas réussi à passer son certificat d'études primaires et le traitait d'incapable, très digne, le candidat répondit :

— Soyez tranquille : à la Chambre, j'écouterai et je saurai bien comprendre.

Et il ajouta :

— Là-dessus, allons prendre un verre !

Sa campagne électorale ne lui donna pas d'ailleurs grand tintouin. Il ne s'occupa exclusivement que de rhabillage. Aux montagnards, il dit :

— Vous voyez toutes les embûches que l'on tend sous mes pas. Vous connaissez tous les procès que l'on m'a faits pour exercice illégal de la médecine ? La vie, pour moi, n'est plus tenable, si je ne suis pas couvert par l' « unanimité » parlementaire ! Au lieu que si je suis député, à vous les soins gratuits ! Sur simple dépêche, je reviendrai immédiatement de Paris pour vous prodiguer mes soins. Voyons, pouvez-vous hésiter ?

Les montagnards hésitèrent d'autant moins que le bon rhabilleur trouva dans le clergé, que l'on est étonné de rencontrer en cette histoire de sorcellerie, une aide inattendue. Témoin, cette circulaire que je vous transmets intégralement, à titre documentaire :

COMITE CATHOLIQUE REPUBLICAIN

Nos chers concitoyens,

Des indifférents et même des libres penseurs voteront dimanche prochain pour M. Sibuet, obligés qu'ils sont de reconnaître en lui l'homme capable, honnête et dévoué, qui mènera à bien tous les intérêts du pays. Mais on dit : « M. Sibuet n'est pas capable ! » C'est faux, puis qu'il a mérité la confiance des électeurs du canton de Crésy, qui l'ont élu au conseil général. On dit encore : « Il a refusé de soigner des malades ! » C'est vrai ; mais après avoir été à plusieurs reprises condamné par les tribunaux pour exercice illégal de la médecine, payé des amendes formidables, etc., rien de surprenant qu'il ait refusé de soigner dans ce cas, où il avait gros à risquer. Mais toutes les fois qu'il l'a pu, il est venu au secours des chers malades, et il le fera encore mieux, quand, une fois élu député, il pourra obtenir la permission d'exercer la médecine chaque semaine. Avec la circulation gratuite accordée aux députés, il pourra venir au milieu de nous et nous rendre de bien grands services. Tous les électeurs intelligents et soucieux de leurs intérêts et des intérêts supérieurs du pays comprennent cela et voteront pour M. Sibuet. Et nous, catholiques, nous voterions pour un autre que M. Sibuet, qui est avant tout catholique ?... Ce serait une honte et un crime !

LE COMITÉ.

Mieux que cette circulaire, il y a la foi qui s'attache aux opérations de M. Jean Sibuet. On m'a montré aujourd'hui un boiteux, et dans l'oreille on m'a dit :

— Il avait la jambe cassée, c'est M. Jean Sibuet qui l'a guéri.

— Ah ! fis-je.

— Eh oui ! s'il ne s'en était pas occupé il n'aurait plus de jambe du tout.

Il n'y a rien à répondre à cela.

Les médecins et les pharmaciens de ce pays l'ont si bien compris qu'ils ont, comme un seul homme, voté pour le rhabilleur. C'était, en somme, le meilleur moyen de s'en débarrasser.

Bref, M. Jean Sibuet fut élu député le 10 de ce mois par 153 voix de majorité sur M. Félix Chautemps. Je ne puis m'étendre sur bien d'autres choses ; tel ce fait de vingt-trois trappistes descendus dimanche dernier du mont Tamié et que l'on vit pour la première fois dans une salle de vote.

Je ne puis pas Savoyard, je suis Normand ; mais dans ma belle petite patrie, si l'on compte pas mal de rebouteux, par contre, on n'a jamais songé à eux pour en faire des députés. Les voyages instruisent....

ÉTUDES MÉDICO-HISTORIQUES

L'envers d'un grand homme. Les manies et la maladie de Richelieu.

Légendes et Curiosités de l'Histoire du Dr Cabanès.

A en juger par l'histoire, par la légende et par le beau portrait que nous en a laissé Philippe de Champagne, le Cardinal de Richelieu nous apparaît comme un génie majestueux et terrible que l'on a peine à croire sujet aux mêmes obligations physiologiques que les autres mortels.

Mais lorsque l'on dépouille le grand Cardinal de son apparat officiel, qu'on le surprend dans l'intimité, on est étonné de voir à combien de misères, de souffrances, de manies puériles, il était sujet.

Dans deux très intéressants chapitres d'une troisième série des *Légendes et Curiosités de l'Histoire* (1), notre confrère le Dr Cabanès, l'inépuisable érudit, a su avec sa sagacité coutumière, exhumer des mémoires et des correspondances de l'époque les documents curieux qui judicieusement réunis, nous permettent de nous rendre compte de ce qu'était réellement Richelieu dans l'intimité. Tandis que de grands historiens ont buriné une noble médaille du Grand Cardinal, Cabanès en a frappé le véridique revers.

Gui Patin, dans ses lettres, a dit beaucoup de mal de Richelieu et de ses mœurs. Il lui attribuait trois maîtresses, trois ans avant sa mort : sa propre nièce, la maréchale de Chaulnes et Marion Delorme. Mais Gui Patin était une méchante langue qui avait des raisons pour en vouloir à Richelieu, le protecteur de Renaudot, et son témoignage pourrait à lui seul paraître sujet à caution.

Toutefois il est prouvé que le Ministre de Louis XIII fut homme très sensuel, à nombreuses bonnes fortunes. Il commença par faire la cour à la Galigaï, femme de Concini, pour se rapprocher de la Reine mère, et pour plaire à cette dernière, on le

(1) Editée chez *Albin Michel*, 22, rue Huyghem. Paris Prix : 3 fr. 50.

vit se travestir en baladin. On a peine à se figurer celui qui fut le terrible Richelieu en « pantalon de velours vert, jarretières à sonnettes d'argent, et castagnettes en mains ».

Richelieu était sujet à de violentes colères ; dans ses accès de fureur, il allait jusqu'à frapper les secrétaires d'Etat, le chancelier Séguier, son capitaine des Gardes, quitte parfois à s'en excuser plus tard. D'une famille de névropathes, dont les manies côtoyaient la folie, il se livrait lui-même à d'extraordinaires excentricités. D'après la princesse Palatine, il sautait parfois autour d'un billard en ruant et en hennissant, imitant le cheval. Foncièrement mélancolique, il cherchait à s'entourer de bouffons pour se distraire ; Boisrobert, le fondateur de l'Académie française, fut celui qui réussit le mieux à l'amuser.

Il était superstitieux comme un peu tout le monde à son époque, croyait à l'astrologie médicale et à la pierre philosophale. Tuberculeux, arthritique, souffrant cruellement d'hémorrhoïdes, de terribles migraines, de rhumatisme chronique, si fréquents chez les tuberculeux scléreux, et tel que Poncet l'a si bien décrit, Richelieu paraît avoir mené une vie de véritable martyr. Il passait ses nuits sans sommeil, entouré de son médecin Citoy, de son chirurgien Mathieu Berthereau, de ses apothicaires, Perdreau et Blouyn, qui pansaient ses plaies, lui pratiquaient de trop copieuses et trop fréquentes saignées, lui administraient des clystères et lui servaient en même temps de secrétaires, car Richelieu travaillait jour et nuit et surtout la nuit. Richelieu fut pour lui d'une sobriété extrême. Cela ne l'empêchait pas de recevoir d'une façon somptueuse et de donner d'interminables festins à en juger par les menus. Il exigeait une propreté méticuleuse dans son service, ce qui à l'époque n'était pas habituel, même à la table royale.

Bien que tourmenté par la fièvre, par d'intolérables migraines, par des abcès de la région anale, suivis de « suppression d'urine », il montra une énergie rare et n'oublia jamais l'étendue de sa tâche, ni le souci de sa responsabilité. Il traversait la France couché sur un lit, dans un bateau, ou porté en litière, et les derniers jours de sa vie, il continuait à dicter à ses secrétaires et à donner des audiences.

Il mourut à 57 ans, en pleine cachexie avec de la fièvre continue et un abcès au bras. A l'autopsie on lui trouva un épanchement purulent comprimant le diaphragme.

En somme, selon Cabanès, il fut atteint de « tuberculose dont un terrain, foncièrement arthritique n'avait pu que retarder sans l'enraver la progressive et fatale évolution. »

Le livre de Cabanès, illustré de nombreuses gravures, donne de très intéressants chapitres d'histoire médicale anecdotique.

Citons les phobies d'une reine, Isabeau de Bavière ; deux illustres clients de Vésale : Charles Quint et Henri II ; Catherine de Médicis, épouse et mère ; une tentative de vitriolage au XVI[e] siècle, où l'auteur étudie les relations de Catherine de Médicis et de Diane de Poitiers ; la mort du Cardinal de Retz qui est restée une énigme historique ; l'inamusable (Louis XV) ; le vertige des grandeurs (folie de Junot) ; Gambetta écolier et étudiant ; la superstition sur les trônes ; les vabondages d'un crâne, celui de Descartes ; les caprices de la Camarde, énumération des morts singulières d'hommes célèbres auxquels font suite, le dernier voyage à Cythère, un des derniers Caprices de la Camarde, où se trouvent relatées des histoires macabres et piquantes telles que la mort du Régent.

Cette simple énumération, jointe à la courte analyse des misères intimes de Richelieu suffisent à montrer tout l'intérêt que les curieux peuvent trouver à la lecture du nouveau livre du D[r] Cabanès.

J. NOIR.

L'AUTOMOBILISME PRATIQUE

Nous nous proposions de publier en le commentant le savoureux article du D[r] Plantier, d'Annonay que nous venions de lire dans le *Journal des Médecins praticiens de Lyon*, lorsque nous avons eu la bonne fortune de le retrouver dans la *Province Médicale* (25 avril 1914), à qui nous l'empruntons intégralement avec les réflexions fort judicieuses qui l'accompagnent.

Pour les médecins automobilistes.

Excès de vitesse et vitesse normale. Constatation de la vitesse d'une voiture automobile. « La contravention au vol ».

Le 12 octobre 1909, le garde des sceaux, ministre de la Justice, adressait à MM. les procureurs généraux une circulaire relative aux procès-verbaux pour « contravention au vol ».

En voici le texte (1).

Le développement de l'industrie automobile a créé un nouveau genre de contravention appelé communément « contravention au vol ». Il arrive fréquemment, en effet, que les infractions commises par les conducteurs de véhicules automobiles, en particulier les excès de vitesse, ne sont pas constatées d'une façon contradictoire, soit que les contrevenants ne puissent être interpellés à cause de leur allure excessive, soit qu'ils refusent de s'arrêter. En pareils cas, les agents verbalisateurs se contentent de noter au passage le numéro de la voiture, et, une fois ce véhicule identifié par le service des mines, le proprié-

(1) Cf. *Bulletin Dalloz*, 1909, p. 418.

taire, sans enquête préalable, est cité à comparaître devant le tribunal de simple police.

Ce mode de procéder, qui soulève chaque jour des protestations, amène de regrettables méprises. Très souvent, en effet, les agents verbalisateurs ont à peine le temps de déchiffrer le numéro ; ils sont exposés à prendre un chiffre pour un autre, et même, quand leur lecture est exacte, à mentionner un numéro que le contrevenant a intentionnellement substitué au numéro d'immatriculation. D'autre part, l'arrondissement minéralogique est sujet à fournir une indication erronée, notamment lorsque le véhicule vient à changer de propriétaire. Il convient de remarquer enfin, que le propriétaire lui-même, ne devrait, dans la majorité des cas, être retenu comme *pénalement* responsable que lorsqu'il ne fait pas connaître l'auteur de l'infraction.

Une procédure réduite à de pareilles données expose à des poursuites inutiles et coûteuses ; elle viole, dans tous les cas, les garanties essentielles dues à la défense, et elle peut aboutir à des erreurs judiciaires. La nécessité d'une enquête officieuse s'impose donc tant pour déterminer la personne à déférer au tribunal de simple police que pour contrôler le système qu'elle entend soutenir.

Aussi est-il indispensable qu'avant toute poursuite, les intéressés soient invités à s'expliquer lorsque les faits n'ont pas été constatés contradictoirement ; et, à cet égard, je n'envisage pas seulement les procès-verbaux dressés en matière d'automobilisme. La question est plus générale, et les règles à suivre doivent être les mêmes dans tous les cas analogues. Toutes les fois donc qu'un procès-verbal, dressé au sujet d'une contravention quelconque, ne contiendra pas la mention d'une interpellation adressée au prévenu, celui-ci devra être invité à fournir ses explications et moyens de défense. Cette enquête pourra être faite par l'officier du ministère public près le tribunal de simple police, si le contrevenant est domicilié dans le ressort de ce tribunal. Mais, dans le cas contraire, et chaque fois aussi que l'enquête rencontrera certaines complications (audition de témoins, vérifications, etc.), ce magistrat devra transmettre les procès-verbaux au parquet qui fera procéder d'urgence, dans son arrondissement ou dans tout autre, aux investigations utiles.

Ainsi, le procureur de la République sera naturellement amené à exercer un contrôle sur certaines affaires délicates et discutées ; le juge de simple police aura tous les éléments d'appréciation, et l'on ne verra plus des justiciables traduits devant la juridiction répressive, sans avoir jamais eu même connaissance du procès-verbal relatant les circonstances de la contravention relevée.

Je vous prie de prendre les mesures nécessaires pour assurer l'exécution immédiate des instructions contenues dans la présente circulaire, dont vous trouverez ci-joint un nombre d'exemplaires suffisant pour les parquets de 1re instance et de simple police de votre ressort.

Il semble que la contravention au vol devait — après cette circulaire — devenir exceptionnelle. En fait, elle l'est devenue. Cependant, en certaines localités, certains gendarmes ou gardes champêtres pratiquent encore volontiers le sport récréatif... pour eux, d'inscrire sur leur carnet de procès-verbaux le numéro de toutes les voitures automobiles qui ont la malchance de passer devant eux.

Près d'une grande ville du Sud-Est, un garde champêtre arrivait ainsi à des chiffres invraisemblables de plus de cent contraventions par dimanche. Certain soir, deux chauffeurs, victimes de ce dangereux représentant de la sécurité publique (!), lui administrèrent une « raclée » anonyme, mais dont il garda un tel souvenir que dans la suite les autos purent enfin circuler en paix.

Le docteur Plantier, d'Annonay, n'employa pas semblables moyens en pareille occurence ; il se rendit devant le juge de paix et plaida sa cause — inutilement. La narration qu'il donne de sa mésaventure, dans le *Journal des médecins praticiens de Lyon*, restera un précieux document (1).

« Le plus ancien peut-être, ou peu s'en manque, des médecins-chauffeurs dans l'Ardèche, je viens d'éprouver et de mettre en évidence l'absurdité de notre système judiciaire en matière d'excès de vitesse. A la suite d'un débat déjà vieux à la Chambre des députés, il semblait que la contravention au vol allait devenir une exception et que, désormais, le prétendu délinquant serait averti par « *qui de droit* » au moment même où il lui serait possible d'établir, s'il y avait lieu, l'inanité de l'accusation. Il n'en est rien, hélas ! et, dans certaines régions, tout au moins, continue à sévir plus que jamais cette pratique monstrueuse qui, érigeant en dogme l'infaillibilité du gendarme, admet à priori que tout inculpé est coupable et déclanche automatiquement sa condamnation si imméritée, si injuste soit-elle. Mais exposons l'affaire :

Le 28 novembre 1913, je « comparaissais en personne », à 9 heures du matin devant le Tribunal de simple police de X... afin de répondre sur les faits d'un procès-verbal pour « excès de vitesse en automobile » dressé par la gendarmerie de cette petite ville le 27 septembre 1913.

Et voici à peu près le dialogue qui s'établit entre le juge et moi et que je commençai ainsi :

« Excusez-moi d'abord, M. le juge de paix, si, très peu au courant des usages judiciaires, je pèche à leur endroit sur certains points ; c'est la première fois que je me présente à une barre comme inculpé. Si j'avais suivi les conseils qui m'ont été donnés de partout, je me serais contenté de vous écrire que je reconnaissais la matérialité

(1) 31 mars 1914.

des faits et, tenant compte de mes antécédents irréprochables et de la virginité de mon casier, vous m'eussiez accordé le bénéfice des circonstances atténuantes ! Je n'avais, de cette façon, qu'une modique somme à payer, aucun dérangement, aucun abandon de ma clientèle et de mes affaires, aucune dépense de voyage pour venir jusqu'ici. C'est, d'ailleurs, ce qui, paraît-il, se pratique habituellement en pareil cas. Tout autre a été ma décision, et je n'ai pas hésité à m'arracher à mes malades et à m'imposer une perte sensible d'argent par manque à gagner et par les frais de ce déplacement. C'est qu'il m'a paru indigne de moi-même d'accepter, sans protestation, une accusation imméritée. Je me suis dit que j'avais, d'ailleurs, la chance d'avoir affaire à une juridiction tout à fait spéciale, devant laquelle les questions de forme, j'allais dire de fo-o-rme, n'étaient pas tout, mais qui, au contraire, jouissait du rare privilège de juger en équité et selon le bon sens. Et je suis venu seul, sans avocat, vous exposer tout simplement les faits suivants et vous demander, faisant appel à votre conscience, de rendre un verdict éclairé et impartial.

« Dans les premiers jours de septembre, mon cousin, M. le docteur X..., sachant que mon fils allait être mis en pension à Lyon, me recommanda expressément de ne jamais passer en automobile par X..., où l'arrêté municipal interdisant une allure supérieure à 15 kilomètres, était le point de départ de contraventions incessantes et injustifiées qui atteignaient les chauffeurs même les les plus raisonnables, même les plus respectueux des règlements.

« Lui-même en était un exemple, puisqu'il avait été frappé, à quelques semaines d'intervalle, de deux procès-verbaux pour excès de vitesse alors que la seconde fois, il avait, prémuni par sa récente mésaventure, traversé la ville à une allure extraordinairement lente, faisant remarquer aux siens qui l'accompagnaient que son compteur inscrivait un chiffre inférieur à 15. Et cependant, peu de temps après, il n'en avait pas moins été convoqué dans ce prétoire et condamné malgré ses dénégations.

« J'étais donc, Monsieur le juge, bien averti du danger de la contravention. Je ne pouvais d'autre part pécher par ignorance, ayant, sous les yeux, un excellent indicateur de vitesse. J'étais au volant et je ne suis pas, je vous l'assure, un de ces chauffards qui méritent l'exécration publique, et qui créent, en certaines localités, témoins de leurs excès et de leurs crimes, une hostilité aveugle englobant indistinctement tous les chauffeurs. Doyen de l'automobilisme médical dans ma région, je conduis, en effet, *depuis treize ans*, sans avoir jamais été frappé, pendant ce temps déjà long, d'aucune contravention de quelque nature qu'elle soit. Je puis d'ailleurs, ainsi que je l'ai noté dans ma réponse à la citation, réponse écrite devant M. le juge de paix d'Annonay, invoquer le témoignage de celui-ci et celui du lieutenant de gendarmerie qui sont prêts à venir affirmer que je suis d'une prudence consommée et que je professe et pratique la plus grande déférence à l'égard des arrêtés administratifs en la matière.

« Et je vous donne ma parole d'honneur, qui est celle d'un homme connu et présentant des garanties morales sérieuses, que je n'ai pas atteint l'allure de 15 à l'heure. Et je vous affirme solennellement que le gendarme, que je crois parfaitement sincère à priori, s'est certainement trompé dans la notation délicate des secondes qu'il dit s'être écoulées entre le premier et le dernier des 500 et quelques mètres sur lesquels son observation a porté. Et que cette observation est entachée d'erreur, soit du fait d'une distraction, soit du fait d'une imperfection d'un chronomètre inexact.

« Et je vous demande, Monsieur le juge, de vous prononcer entre ces deux affirmations, de les peser dans les balances de la justice et de dire si vous vous croyez le droit de me condamner. »

Le juge m'a répondu :

« Vous avez l'accent de la vérité, vos arguments sont des plus sérieux et votre honorabilité m'est garant que vous ne prêtez pas un serment à la légère. Et cependant, je suis tenu légalement à considérer votre témoignage comme dénué de toute valeur, comme inexistant en présence de celui du gendarme.

— « Mais alors, ai-je répliqué, vous admettez que ce dernier est infaillible, qu'il ne peut ni commettre une faute d'inattention, ni être victime d'un moment de défaillance dans son fonctionnement cérébral ; car, et je tiens à l'affirmer, je ne l'accuse en rien d'une erreur volontaire ou d'une déformation professionnelle inconsciente, admettant qu'il n'y a dans ce corps d'élite auquel il appartient et que je connais pour y avoir souvent consolé et guéri, que de braves gens animés du sentiment de l'honneur, serviteurs de la nation, aussi fidèles et utiles que modestes, mais, et c'est en cela que nous différons entièrement, sujets à l'erreur comme de simples mortels.

« Et, pour conclure, vous cesserez, dans votre thèse rigide, d'être un *juge* qui se fait une opinion basée sur un examen attentif et perspicace des raisons et des faits qui lui sont soumis, pour devenir un *greffier* qui enregistre et contresigne automatiquement les arrêts rendus en réalité par le gendarme.

« — Pardon ! m'objecte le juge, il vous reste le moyen de faire, par témoins, la preuve que vous n'alliez pas à l'allure incriminée.

— « Mais, comment faire cette preuve puisqu'elle n'eût été réalisable que si la contravention n'eût pas été dressée au vol et m'eût été signifiée, non point plusieurs semaines après le prétendu délit, mais à ce moment même ? Dans ce cas

peut- être aurais-je pu, revenant sur mes pas, rencontrer sur le seuil de leur porte des témoins, s'il y en avait, assez libérés de cette crainte instinctive qu'ont tous les Français de paraître en justice, pour affirmer la vérité. Mais à l'heure actuelle, où les trouver ! Vous reconnaissez vous-même, que les éléments d'une telle preuve sont impossibles à réunir.

« Et d'ailleurs, puisque, contrairement à ce que je croyais, vous n'avez pas le droit (chose singulière) de peser les deux affirmations en présence, je vais vous soumettre des arguments capables de créer en votre esprit un sentiment de légitime défiance à l'égard de la déposition du gendarme. Il dit, dans son rapport, que mon allure était de 33 kilomètres à l'heure, vitesse telle, ajoute-t-il, qu'elle lui a permis de prendre mon numéro à l'avant et à l'arrière, mais qu'elle lui a interdit de voir la couleur de ma voiture et de compter les personnes (il y en avait deux) qui la montaient. Or, M. le juge, vous avez vu devant le perron de la mairie ma volumineuse « Panhard », six cylindres, carrossée en double phaéton torpédo, et vous avez pu vous rendre compte si la couleur très foncée est aisée ou non à reconnaître. Et à qui fera-t-on admettre qu'il a été impossible de distinguer deux hommes dans une auto découverte, alors qu'on a pu lire à l'avant et à l'arrière les numéros et les lettres,assez petits pourtant, inscrits sur les plaques ? N'y a-t-il pas là une bizarrerie qui vous étonne et vous rend suspect un pareil témoignage ? Et, je ne fais pas état, Monsieur le juge, de ce motif aussi de suspicion bien légitime que pourraient constituer les contraventions distribuées aux automobilistes les plus sérieux, nombreuses au point que cette coquette cité de X... est fuie comme la peste par tous ceux qui sont avertis et qui voudraient pourtant bien y venir déguster ces « Côte-Rotie » qui ont rendu ce pays fameux, même au temps des Romains.

« Et, Monsieur le juge, pour vous permettre de m'acquitter, je pourrais vous faire remarquer également,que le parcours incriminé n'est nullement dans l'agglomération,puisqu'il se termine au passage à niveau hors de la ville et que sur un espace assez long déjà, la route ne répond plus à la définition d'une agglomération qui comporte une suite de maisons placées sur les deux côtés. N'y a-t-il pas là un moyen, un petit moyen à mon sens, car la question est beaucoup plus haute, de rendre possible un arrêt conforme à ce que vous sentez être, à ce qui est la véritable justice ! »

D'un air navré, le juge m'a répondu :

— « Non, je ne vois aucun moyen de vous éviter une condamnation, puisque le gendarme affirme que vous marchiez à 33 kilomètres à l'heure, vitesse supérieure à celle de 30, seule permise même en dehors des agglomérations. Le débat est tout entier dans la mise en présence de deux affirmations contraires. Quelle que puisse être la valeur morale, la vraisemblance, la logique de la vôtre, quelque garantie de sincérité, de foi, qu'elle puisse présenter, je n'en dois tenir aucun compte puisqu'elle ne s'appuie sur aucune preuve matérielle, irréalisable, il est vrai, je l'avoue, dans l'espèce. »

— « Eh bien ! alors, monsieur le juge, je proteste avec la plus vive indignation contre un pareil déni de justice. Vous allez commettre une erreur judiciaire. Vous allez vous rendre complice d'une iniquité. Oh ! ces mots paraissent bien gros ! Et pourtant, ils sont profondément vrais et la chose est attristante, angoissante même, car elle révèle la consécration dans votre législation d'une abominable méthode et une aberration complète du sentiment de la vraie justice. Je ne vous incrimine pas personnellement, vous qui en souffrez dans votre conscience, puisque vous me condamnez au minimum et regrettez de ne pouvoir m'acquitter.

« Mais il y a lieu de lutter pour la revision d'une loi aussi mal faite, aussi étrangère à l'équité. Une loi est, après tout, œuvre humaine, parfois vestige d'époques troublées ou barbares, parfois besogne hâtive et incomplète à laquelle nous devons nous attacher à faire apporter les modifications nécessaires. Et je serais heureux de ma condamnation, si elle pouvait être le point de départ d'une vigoureuse croisade dans ce but. Nous sommes en général trop veules, trop près de nos petits intérêts matériels, pour protester avec une énergie persévérante contre une pareille déformation de la justice. Je vais m'efforcer, dussé-je échouer, de créer un mouvement d'opinon dans ce sens. »

Et je me suis retiré, satisfait d'avoir donné libre cours à mes sentiments.

Ne croyez-vous pas, comme moi, que ce fait, insignifiant en apparence, est plein d'enseignements et que tous ceux que révolte l'iniquité et qui l'ont subie, devraient s'unir pour que, dans l'avenir, elle fût épargnée aux autres ! Il y a là, à coup sûr, les éléments d'une belle et utile campagne à mener par le « Touring-Club » et nos grandes associations sportives.

Je souhaite qu'elle soit entreprise sans retard et que, couronnée de succès et élargissant les attributions des juges, elle empêche désormais le renouvellement de tels abus, vraies caricatures et parodies de justice ! »

Il n'y a rien à ajouter aux réflexions de notre excellent confrère ardèchois. Mais peut-être M. le juge ne paix a-t-il, dans le cas particulier, un peu trop bénévolement accepté les allégations du gendarme autophobe.

Le gendarme est sans pitié. N'avons-nous pas relaté ici même la contravention du même genre dressée, il y a quelques années, contre un de nos

confrères qui, depuis nombre d'années, prodiguait gratis ses soins aux pandores de son chef-lieu de canton »

Mais enfin, il y a la manière et peut-être la jurisprudence existante aurait-elle pu fournir à un magistrat soucieux de tempérer une rigoureuse équité par quelque bienveillance, des arguments non sans valeur. Les voici d'après le *Manuel des automobiles* de Dalloz :

Constatations des excès de vitesse.

65. La constatation d'un excès de vitesse faite au moyen d'une montre à secondes ordinaire n'a pas une précision suffisante pour servir de base unique à une contravention. — Trib. de simp. police de Sotteville-lès-Rouen, 25 juillet 1907, D. P. 1908. 5. 32.

66. Une condamnation pour excès de vitesse peut être prononcée contre un automobiliste, lorsque la contravention a été constatée par des déclarations très nettes et très précises des agents verbalisateurs et par des chronomètres à secondes qu'ils avaient à leur disposition.

Elle ne peut l'être au contraire, quand la contravention a été relevée par un agent verbalisateur qui se trouvait seul sur les lieux, sans chronomètre, et agissant dans des conditions rendant difficile l'évaluation de la vitesse.

Et cela quelle que soit la bonne foi dudit agent. — Trib. corr. d'Aix, 8 avr. 1908, D. P. 1908. 5. 56.

67. Une condamnation pour excès de vitesse ne peut être prononcée contre un automobiliste lorsque, pour établir la vitesse à laquelle celui-ci marchait, l'agent verbalisateur s'est appuyé sur des appréciations insuffisamment précises, telle que la comparaison entre cette vitesse et celle d'un cheval au galop, ou le temps approximatif que l'automobile a mis à atteindre un objet situé à une distance mal définie (Décr. 10 mars 1899, art. 14).

... Alors surtout qu'on peut relever une contradiction flagrante entre la vitesse ainsi attribuée à l'automobile et celle qu'il peut donner en réalité (Déc. 10 mars 1899, art. 14). — Trib. simp. pol. du Mans, 5 déc. 1907, D. P. 1908. 5. 32.

68. La constatation de la vitesse d'une automobile faite au moyen d'une simple montre à secondes et non d'un chronomètre n'a pas la certitude nécessaire pour servir de base à une contravention pour excès de vitesse dressée contre l'automobiliste.

... Alors, du moins, qu'il existe en faveur de l'automobiliste un doute résultant de la déclaration faite par des témoins que son allure était réglementaire au moment de la contravention. — Trib. simp. police de Lisieux, 7 févr. 1907. D. P. 1907. 5. 24.

***

Enfin nous rappelons que le cas de force majeure a été retenu par un juge de paix de Paris qui a relaxé purement et simplement des fins de la poursuite le chauffeur du Dr Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Beaujon, auquel un procès-verbal pour excès de vitesse avait été dressé par un agent rempli de zèle.

Le juge de paix se montra bon enfant et il eut raison; le gendarme est trop souvent sans pitié. Rendons-lui la pareille en refusant désormais de lui prodiguer gratuitement, ainsi qu'à sa famille, des soins qu'il peut et doit parfaitement payer.

La boîte de Pandore, malencontreusement ouverte, répandit jadis sur l'humanité les maux dont, depuis, elle est affligée.

La botte de Pandore répand de nos jours sur l'humanité.....

Mais ne poursuivons pas une comparaison tirée par les cheveux, et qui finirait par devenir nauséabonde

Automobilistes, mes frères, mes confrères, fuyez Pandore et ses bottes..... (1).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Congrès des praticiens**, (27, 28 et 29 mai 1914) — Le Congrès des Praticiens dont nous avons déjà parlé, aura lieu à Paris, les 27, 28 et 29 mai 1914.

Il est ouvert à tous les Groupements médicaux (Syndicats, Associations professionnelles, Associations médicales, etc.), et à tous les Praticiens.

La cotisation individuelle est fixée à 10 francs.

Chaque Groupement adhérent devra verser, autant que possible, une subvention proportionnée au nombre de ses membres et dont le chiffre est laissé à son appréciation. Il s'agit, en effet, d'une subvention plus que d'une cotisation.

Chaque adhérent aura droit aux volumes des rapports et au volume de comptes rendus sténographiques qui sera publié à la suite du Congrès.

De plus, chaque adhérent bénéficiera d'une réduction de 50 % sur les billets de chemin de fer.

Le Comité d'organisation nous prie de signaler que pour jouir de cette réduction de tarif, il ne faut pas trop tarder à envoyer les adhésions.

Programme du Congrès : Protestation contre toutes les tentatives de fonctionnarisation du Corps médical ; l'hygiène administrative, son impuissance ; organisation technique de l'hygiène par le Corps médical ; l'Assistance médicale gratuite et le Corps médical ; la lutte contre la tuberculose, etc., etc.

Envoyer les adhésions et les cotisations au trésorier du Comité, le docteur Quidet, 54, rue Bonaparte, Paris.

(1) Nous publierons, dans un prochain numéro, un jugement de paix rendu dans une espèce analogue par un magistrat qui a su montrer qu'on peut juger en équité et réduire à néant les verbalisations de Pandore, tout assermenté qu'il soit. G. D.

— **Conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie et de radiumlogie.** — La Société des médecins chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise deux fois par an, en novembre et en mai, une série de conférences théoriques et pratiques d'électrologie, de radiologie, de radiumlogie, d'une durée d'un mois environ.

La deuxième série aura lieu à partir du lundi 4 mai à l'Amphithéâtre de l'Hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital (chemin de fer métropolitain, station Saint-Marcel).

Les démonstrations pratiques d'Electrologie, de radiologie, de radiumlogie, de photothérapie, etc., auront lieu le matin dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris. (Les auditeurs seront répartis par séries de 10 au plus, dans les divers hôpitaux. La répartition sera faite suivant l'ordre d'inscription).

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au Dr Delherm, hôpital de la Pitié, boulevard de l'Hôpital, 83, Paris (XIIIe), ou au Dr Aubourg, hôpital Boucicaut, rue de la Convention, 62, Paris (XVe).

— **Un poste d'interne est vacant à l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer.** — Pour tenir cet emploi, il est nécessaire d'avoir au minimum 12 inscriptions.

Le service de l'internat comprend 3 internes qui reçoivent, en plus du logement, de la nourriture, du chauffage et de l'éclairage un traitement annuel de 600 francs.

S'adresser à la Commission administrative des Hospices de Boulogne-sur-Mer.

— **Ecole de psychologie**, 49, rue Saint-André-des-Arts, 49 (semestre d'été 1914). — M. le Dr Bérillon, professeur à l'Ecole de psychologie, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés, a commencé le jeudi 7 mai, à cinq heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de psychothérapie et de psychopédagogie.

Enseignement pratique. — Clinique de psychothérapie et dispensaire médico-pédagogique, 49, rue Saint-André-des-Arts. Consultations : mardis, jeudis et samedis, 10 heures à midi. Les jeudis, à 11 heures : leçon clinique et présentation de malades. (Les médecins, les étudiants et les membres de l'enseignement, sont admis à y assister).

Pédagogie des enfants anormaux : M. Rosset, instituteur, chargé de classe de perfectionnement, a commencé le jeudi 7 mai, à cinq heures et demie, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours sur la pédagogie de l'enfance anormale.

Objet du cours : les travaux des précurseurs et les idées actuelles sur l'éducation des anormaux. Il continuera ce cours les jeudis suivants, à 5 h. 1/2.

— **XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue française.** — Le XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française se tiendra à Luxembourg, du 3 au 7 août 1914.

Le Bureau est constitué de la façon suivante : président : Dr E. Dupré, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police ; Vice-président : Dr H. Meige, secrétaire général de la Société de Neurologie de Paris ; secrétaires-généraux : Dr L. Buffet, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés d'Ettelbruck (Grand-Duché de Luxembourg) ; Dr R. Lalanne, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

Travaux scientifiques : I. Rapports et discussions sur les questions à l'ordre du jour : *a*) Dr Delmas : Les psychoses post-oniriques ; *b*) Dr Coulonjou : les maladies mentales professionnelles ; *c*) Dr Roussy : les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow. — II. Communications originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Pendant le Congrès, on visitera l'établissement thermal de Mondorf-les-Bains, l'Asile d'aliénés d'Ettelbruck (Maison de Santé de l'Etat), et il sera organisé une excursion automobile qui permettra de voir les principales curiosités du Grand-Duché de Luxembourg. Après la clôture des travaux du Congrès, on terminera par un voyage circulaire facultatif de quatre jours par Metz, Mayence, la Vallée du Rhin (en bateau à vapeur), jusqu'à Cologne et retour par la Vallée de la Moselle.

Le programme détaillé sera envoyé ultérieurement aux Congressistes.

Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents ; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine), présentés par un membre adhérent.

Les Asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés. Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois rapports et, après le Congrès, le volume des comptes rendus. Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française. Une réduction de 50 % sur le prix des billets ordinaires, avec validité du 25 juillet au 20 août, sera demandée sur tous les réseaux des chemins de fer français.

Prière d'adresser les adhésions et cotisations au Dr Lalanne, médecin en chef de l'Asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.).

— **Association générale des médecins de France.** — *Assemblée générale du dimanche 17 mai 1914.* — CONVOCATION. — **La 55e Assemblée générale** annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 17 mai, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Composition de l'Assemblée générale. — Conformément à l'article 53 des statuts, ne peuvent assister à l'Assemblée générale que les membres du Conseil général et les présidents et délégués des sociétés locales.

Les membres de l'Association qui ne font pas partie du Conseil général ou qui ne sont ni présidents ni délégués des sociétés locales ne peuvent pas prendre part à l'Assemblée générale, mais ils peuvent assister au banquet (souscription : 20 fr.).

Banquet du dimanche 17 mai. — MM. les membres du Conseil général prient MM. les présidents et délégués des sociétés locales de leur faire l'honneur d'assister au banquet qui leur sera offert le dimanche 17 mai, à sept heures et demie, au Palais d'Orsay (Hôtel de la nouvelle gare d'Orléans, 9, quai d'Orsay). *Tenue de ville.* Ceux d'entre eux qui voudront bien accepter cette invitation sont priés d'en prévenir le Dr DARRAS, 5, rue de Surène, Paris.

Tous les membres de l'Association peuvent assister au banquet. La souscription pour eux est de 20 francs. Les adhésions doivent être adressées à M. le Dr DARRAS avant le 12 mai.

Ordre du jour :

1° Lecture et adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 6 avril 1913.

2° Allocution de M. Gaucher, président ;

3° Rapport de M. Darras, trésorier général, sur les comptes de l'exercice 1913-1914 et sur la situation financière de l'Association à la fin de l'exercice ;

4° Rapport de la Commission de vérification des comptes (MM. Fiquet et B. Ball, ce dernier rapporteur) sur la gestion financière du trésorier pendant l'exercice 1913-14) ;

5° Approbation des comptes de l'exercice 1912-1913 ;

6° Elections : Un vice-président pour 5 ans en remplacement de M. Gassot, démissionnaire. Un trésorier général : M. Darras, soumis à la réélection. Neuf membres du Conseil général (6 pour 5 ans, 1 pour 2 ans, 2 pour 1 an). Les six conseillers sortants : MM. Ball, Bazot, Créquy, Gilson, Richard-Lesay et Séailles, sont rééligibles. Trois nouveaux doivent être nommés : 1 pour 2 ans en remplacement de M. Vimont, démissionnaire, dont le mandat expirait en 1916 ; 2 pour 1 an en remplacement de MM. Bouland et Maurat, démissionnaires, dont le mandat expirait en 1915.

M. Butte, président de la Société centrale, est candidat à la vice-présidence.

MM. Constans, député du Tarn-et-Garonne, Angelvin, Paul Guillon, Philippeau, Delpeut et Foveau de Courmelles, sont candidats au Conseil général ;

7° Rapport de M. Séailles sur les pensions viagères et les augmentations de pensions demandées à l'Assemblée générale, discussion et vote des propositions ;

8° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1914 ;

9° Proposition relative à la répartition, en fin d'exercice, des fonds disponibles de la Caisse des veuves et orphelins ;

10° Vote de crédits destinés au paiement des primes des membres des caisses-annexes ;

11° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'exercice 1913-1914, et rapport sur les vœux présentés par les sociétés locales, par M. Ch. Levassort, secrétaire général.

12° Les allocations d'ancienneté. — Vote d'un crédit à répartir entre les sociétés locales ayant servi des allocations d'ancienneté en 1913. Proposition relative à cette répartition.

Vœux émis par les sociétés locales pendant l'exercice 1913-1914 *et soumis à l'Assemblée générale* :

13° Augmentation de la cotisation en faveur de la Caisse des veuves et orphelins (*Haute-Marne*).

14° Admission dans l'A. G. des femmes de sociétaires (*Yonne*) ;

15° Mode de nomination des membres du Conseil général (*Manche*) ;

16° Interprétation du paragraphe E. de l'article 5 des statuts « Aide et protection » (*Seine-et-Oise, Manche* et *Nièvre*) ;

17° Spécialisation de l'A. G. dans les questions de mutualité (*Loir-et-Cher*) ;

18° Affichage des postes médicaux vacants (*Yonne*) ;

19° Les étrangers dans le corps médical (*Nièvre*) ;

20° Questions diverses.

— **Souscription pour l'érection d'un monument à Just Lucas-Championnière.** — Tous nos confrères savent les services que le regretté Dr J. Lucas-Championnière a rendus aux médecins praticiens, notamment à la Commission ministérielle de revision du tarif Dubief : aussi nous croyons devoir publier l'annonce suivante de l'ouverture d'une souscription pour élever un monument à M. J. Lucas-Championnière en attirant sur elle l'attention de nos lecteurs.

Le mouvement spontané de regrets et d'admiration soulevé par la mort de Just Lucas-Championnière s'est traduit par la formation d'un Comité, où se rencontrent en grand nombre ses maîtres, ses collègues, ses élèves et ses amis. Son but est d'élever un monument digne de sa mémoire.

Ce comité a décidé l'ouverture d'une souscription ; tous ceux qui ont connu le maître disparu et qui par conséquent l'ont aimé, sont invités à participer.

Aucun minimum n'a été fixé pour les cotisations.

— **Congrès de l'Alliance d'hygiène sociale de Lyon, 15-17 juin 1914.** — Le bureau de l'Alliance d'hygiène sociale a l'habitude de réunir tous les ans les représentants de ses comités départementaux et des œuvres françaises qui mènent le même combat. Ces réunions ont lieu, suivant les circonstances, dans l'une ou l'autre de nos villes. En 1914, notre choix était dicté d'avance : c'est à Lyon que nous vous prions de passer avec nous les journées du 15 au 17 juin à Lyon, où nous attend — en même temps que le spectacle d'œuvres locales ingénieuses, pratiques, patientes et fortement organisées — cette incomparable leçon de choses, l'Exposition internationale d'hygiène urbaine. Si notre attention doit se disperser à l'Exposition, et dans la ville même, sur les réalisations les plus diverses des idées qui nous sont communes, nous voudrions que pendant les séances de notre congrès, l'effort portât sur une seule œuvre ou institution : mais si simple et si efficace que, en poussant à sa prompte généralisation, l'Alliance contribue à coup sûr, au relèvement sanitaire du pays.

Le sujet de nos entretiens de cette année sera donc : le dispensaire d'hygiène sociale, urbain et rural et son rôle d'organisme central dans la lutte anti-tuberculeuse.

***

— **Conditions d'adhésion au Congrès.** — Le prix de le cotisation du Congrès est fixé à 10 francs. Il peut être abaissé à 5 francs pour les délégués des Sociétés d'hygiène sociale, de Secours mutuels et d'enseignement dont la demande sera transmise par le président ou le secrétaire général de la Société.

La souscription à 10 francs donne droit au compte-rendu du congrès.

Une réduction de 50 % sur le prix du voyage sera accordée par les compagnies de chemins de fer aux congressistes qui en adresseront la demande au secrétariat de l'Alliance.

Les adhésions doivent parvenir soit à M. Eugène Montet, secrétaire général de l'Alliance d'hygiène sociale, 5, rue Las-Cases, Paris, soit à M. le docteur Mouriquand, secrétaire général du comité Lyonnais, 63, avenue de Noailles, Lyon.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 21 Dimanche 24 Mai 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A la veille du Congrès des Praticiens.

Dans quelques jours se tiendront à Paris les grandes assises médicales du Congrès des praticiens. Il importe que cette manifestation soit d'une dignité imposante, que le corps médical organisé y montre sa volonté inébranlable de remplir en hygiène et en médecine sociales tout le devoir qui lui incombe sans laisser en quoi que ce soit limiter son indépendance.

Cette indépendance de la profession médicale est d'ailleurs la plus précieuse garantie de la défense des intérêts des malades.

* * *

Au lendemain de l'instauration de la commission Chéron-Métin, créée pour nous asservir et qui cherche péniblement dans les bureaux des divers ministères comment elle pourrait arriver à ses fins, il est de toute nécessité que, par la voix du Congrès, les médecins praticiens répondent d'une façon nette, claire, unanime qu'ils ne reconnaissent à personne le droit de disposer d'eux et de réglementer, en dehors de la loi, l'exercice de leur profession.



Il importe que les discussions de ce Congrès se déroulent avec dignité, méthode et courtoisie.

Il importe que nous donnions aux Pouvoirs publics, à nos adversaires, à nos amis, à la nation tout entière l'impression d'une force organisée, pénétrée de ses devoirs, jalouse de ses droits, consciente de sa puissance, capable de tenir tête à l'orage, de quelque côté qu'il s'élève et quelle que soit sa violence.



Songeons que la récente condamnation du charlatanisme éhonté qui avait su acheter avec

une partie de l'or extorqué à de malheureux malades inconscients les cent bouches de la Renommée, est venue dresser contre nous un richissime syndicat de publicité. A l'occasion du Congrès des Praticiens, cette pnissance financière fera, nous en sommes certains, tous ses efforts pour prendre sa revanche et préparera aux médecins praticiens une presse peu bienveillante.

***

Attendons-nous à voir nos moindres paroles commentées et dénaturées, nos gestes transformés pour les rendre odieux, nos décisions faussement interprétées avec le désir de soulever contre le syndicalisme médical l'opinion publique.

Attendons-nous à entendre la meute de nos adversaires : politiciens, mutualistes, assureurs et bas financiers faire chorus pour nous déconsidérer.

***

Pour répondre à ces cris de rage intéressée, pour arrêter net ces assauts furieux, il suffira au Congrès de faire voir à tous que son but est très haut placé et de bien démontrer que si le syndicalisme médical a pour but de défendre le praticien, il considère que ce dernier doit mettre bien au-dessus de toute discussion l'intérêt supérieur du malade dont il est et doit rester le protecteur.

J. Noir.

Un deuil syndicaliste : Le Dr Guillon, de Caudry.

Nous apprenons avec tristesse la mort d'un des plus vaillants champions du syndicalisme médical dans la région du Nord. Notre jeune et excellent confrère et ami, René Guillon (de Caudry), vient d'être enlevé brutalement à la famille dont il était le soutien, à la suite d'une attaque d'appendicite aiguë. Né à Paris en 1883, fils d'une mère qui, veuve de fort bonne heure, dut comme institutrice assurer l'existence des siens, Guillon dut dès sa jeunesse faire le rude apprentissage de la vie. Excellent élève au lycée de Bourges, il y prit le goût de la philosophie et de la littérature, goût qui ne le quitta jamais et fut à la fois un délassement et un stimulant au cours de sa courte et pénible carrière professionnelle.

Externe des hôpitaux de Paris, il soutint une brillante thèse sur la radiologie de l'estomac, thèse inspirée par le Dr Béclère et qui valut à son auteur un des prix de la Faculté.

Une piqûre anatomique, dont il ne se remit jamais complètement, faillit en 1906 lui coûter la vie et faire ajouter son nom au long martyrologe du devoir professionnel. Elle lui valut la médaille des épidémies.

En 1907, le Dr Guillon s'installa à Calais et devint tout aussitôt secrétaire du syndicat médical auquel il transfusa une vie nouvelle. En 1909, il vint se fixer à Caudry, où il eut vite conquis l'affection et l'estime de ses confrères. Secrétaire du syndicat de Cambrai, fondateur et rédacteur de l'*Action syndicale des médecins du Nord*, il fut élu dernièrement membre du Conseil d'administration de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Le Dr Guillon fut un vrai praticien qui ne borna pas à la défense professionnelle et à la clientèle son intelligente activité : il sut largement remplir ses devoirs sociaux. Ce fut lui qui organisa à Caudry l'inspection médicale des Ecoles et qui prit la part la plus active à la création d'une colonie scolaire de vacances.

Ce laborieux se reposait de ses fatigues professionnelles en luttant pour la propagation du syndicalisme médical actif et en se livrant à des recherches philologiques ; au moment de sa mort, il terminait un intéressant travail où, par une étude très sérieuse de l'argot, il parvenait à élucider, traduire et commenter un grand nombre de poésies de Villon, considérées jusqu'alors comme assez obscures.

Le Dr Guillon fut un modèle de loyauté, de franchise, de sincérité, de correction. Sur sa tombe, le Dr Delpeut, trésorier de l'Union des Syndicats médicaux de France, est allé porter les regrets de tous les praticiens qui purent l'apprécier, car en lui une force syndicaliste d'un bel avenir a disparu. Le Syndicat de Cambrai est venu aussi rendre un hommage unanime à son vaillant secrétaire. Mais, demain, quand le bruit des éloges posthumes se sera perdu dans le tumulte de notre égoïste lutte pour la vie, qui se préoccupera de la veuve et de l'orphelin, dont le Dr Guillon n'a pas eu le temps d'assurer le triste avenir ?

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse. — Service de M. le Professeur Mériel.

Leçon de M. Tourneux, chef de clinique.

Lipome préherniaire étranglé.

On sait depuis longtemps qu'au niveau des différents orifices herniaires et points faibles de l'organisme, pouvaient se développer des formations adipeuses, des lipomes, qui par leur situation arrivaient à exercer une véritable traction sur le péritoine et à préparer, pour ainsi dire, la voie aux hernies en réalisant une sorte d'infundibulum. Ces lipomes sont particulièrement abondants au niveau de la ligne blanche, ils se voient encore fréquemment dans la région crurale ; ils deviennent beaucoup plus rares dans l'orifice inguinal et sont tout à fait exceptionnels au niveau des autres points herniaires.

Il arrive dans un certain nombre de cas que ces lipomes sont le siège de phénomènes douloureux plus ou moins intenses, phénomènes douloureux pouvant s'accompagner de troubles réflexes développés aux dépens des organes abdominaux. Ce sont là des faits d'observation courante pour les lipomes siégeant au niveau de la ligne blanche (je vous en ai dernièrement exposé les raisons), mais beaucoup moins bien connus pour les lipomes développés dans d'autres régions. Ils n'en existent pas moins, et il est important de les bien connaître, car ces phénomènes douloureux peuvent en certains cas présenter un caractère d'intensité telle, qu'ils s'accompagnent de nausées, de vomissements, de ballonnement de l'abdomen, d'arrêt des matières et des gaz, symptômes habituels des étranglements herniaires.

Si l'on joint à l'existence de ces symptômes la présence d'une tumeur dure, douloureuse, irréductible, on conçoit aisément que le diagnostic soit des plus difficiles : habituellement il n'est pas fait, et seule l'intervention montre qu'il s'agit non d'une hernie étranglée, mais d'un lipome présentant des phénomènes d'étranglement.

L'attention a été récemment attirée sur ce point par Hardouin qui a rapporté, dans un mémoire présenté en novembre 1911 à la Société de Chirurgie, tous les cas connus de cette affection. Dans la discussion qui suivit cette communication, le professeur Delbet ne put s'empêcher, étant donnée la grande fréquence du lipome préherniaire, de s'étonner du petit nombre de faits d'étranglement publiés et de dire qu'il pensait que cette complication devait être beaucoup plus fréquente qu'on ne le croyait et surtout que ne le faisaient prévoir les quelques observations citées.

Je pense, comme le professeur Delbet, qu'effectivement le nombre des lipomes préherniaires étranglés doit être beaucoup plus élevé et que bien des faits observés ont dû être passés sous silence, soit que l'opérateur n'y ait pas ajouté d'importance, soit qu'il ait méconnu leur véritable signification. Et ce qui m'incite surtout à soutenir cette idée, c'est que dans un court laps de temps, en moins de deux ans, nous avons eu l'occasion d'en observer quatre cas dans le service de notre maître, M. le Prof. Mériel, cas que nous aurions sûrement négligés, si nous n'avions pas eu connaissance du mémoire de Hardouin.

Le lipome préherniaire étranglé est donc une affection bien spéciale et qu'il faut que vous connaissiez bien ; c'est pourquoi je tiens aujourd'hui à vous rapporter l'histoire d'un de ces malades qu'un certain nombre d'entre vous ont pu voir de près, car elle vous donnera bien le caractère de cette complication encore peu connue et vous montrera jusqu'à quel point peuvent évoluer les lésions causées par l'étranglement.

Gilles B.., âgé de 76 ans, a été amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 30 janvier dernier, avec le diagnostic de hernie inguinale étranglée. Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Depuis une dizaine d'années, notre malade avait remarqué dans la région inguinale gauche la présence d'une petite tumeur molle, mobile, indolore, assez facilement réductible, mais comme elle ne le gênait en rien, ne le faisait pas souffrir, il ne s'en est jamais préoccupé.

Le 25 janvier, vers cinq heures de l'après-midi, comme Gilles B... était occupé à un travail assez pénible, nécessitant un effort prolongé, il ressentit soudain une douleur dans la région inguinale, douleur assez vive pour le forcer à interrompre son labeur.

Il constata alors que la tumeur inguinale était devenue dure, résistante, très douloureuse au toucher : bien que conservant encore un certain caractère de mobilité, elle était devenue irréductible, car il ne put la refouler.

Notre malade rentra chez lui, s'alita et au lieu d'appeler un médecin, se fit placer sur la ré-

gion inguinale toute une série de cataplasmes. Bien entendu, aucune amélioration ne s'en suivit ; au contraire, les douleurs augmentèrent dans la nuit et le lendemain, il y avait un arrêt complet des matières et des gaz. La même médication fut encore poursuivie et le 27 janvier apparurent des vomissements bilieux. On songea alors à faire venir un médecin qui ne se présenta que le 28 et qui, devant l'état du malade, conseilla une intervention chirurgicale sans s'attarder à de vaines manœuvres de taxis. Après de nombreuses hésitations, l'opinion émise fut acceptée, mais ce ne fut que le 30 janvier, vers 9 heures du matin que Gilles B... fut amené à l'Hôtel-Dieu.

En examinant ce malade, on constatait qu'il existait dans la région inguinale gauche une tumeur du volume d'une noix, d'une consistance assez ferme, douloureuse au toucher, mobile latéralement et irréductible. Pouls à 90°. Température 37°8. Ces signes joints aux troubles fonctionnels ne laissaient pas de doute sur la nature de l'affection : il s'agissait bien d'un étranglement et la persistance ainsi que l'intensité des phénomènes intestinaux semblaient devoir prouver que l'on se trouvait bien en présence d'un véritable étranglement herniaire avec présence d'une anse intestinale.

Ce n'est pourtant pas le diagnostic que je portais : en examinant la tumeur, j'avais pu remarquer qu'elle présentait un caractère bien particulier, de la mobilité latérale, symptôme que l'on ne rencontre jamais dans les petites hernies compliquées d'étranglement, mais que j'avais déjà pu constater chaque fois que je m'étais trouvé en présence d'un lipome herniaire étranglé ; aussi, malgré le cortège symptomatique présenté, est-ce à cette dernière opinion que je m'arrêtai.

Devant les vomissements incessants, je pensai qu'il valait mieux employer l'anesthésie rachidienne à la novocaïne plutôt que de faire courir au malade les risques d'une anesthésie générale à l'éther ou au chloroforme.

L'intervention fut très simple : après la section de la peau et du tissu cellulaire, j'aperçus, se dégageant de l'anneau inguinal externe, une petite tumeur de couleur grisâtre se déchirant sous les doigts et répandant une odeur infecte. Afin de la mieux circonscrire et de pouvoir l'enlever d'un bloc, je fis sauter la paroi antérieure du canal inguinal et je vis alors que j'avais bien affaire à un véritable lipome préherniaire étranglé suspendu à l'extrémité d'un petit diverticule péritonéal.

Etant données les conditions d'inflammation et de suppuration de cette tumeur graisseuse, le diverticule péritonéal fut dégagé le plus possible sans toucher au lipome, puis, après que je me fus bien assuré qu'il ne contenait rien, il fut lié au catgut et sectionné. Opérant alors de haut en bas, j'ai continué le dégagement du sac herniaire et je l'ai enlevé avec son lipome. La cure radicale de la hernie fut faite selon le procédé habituel du service (cure antifuniculaire), et par mesure de précaution, on laissa dans l'angle inférieur de la plaie une petite mèche en vue du drainage.

Les suites opératoires furent des plus normales et, 20 jours après l'intervention, notre malade quittait le service complètement guéri.

Après l'intervention, j'ai examiné plus attentivement la tumeur enlevée, et prélevé un certain nombre de fragments pour en faire l'étude histologique.

L'examen du lipome fut des plus instructifs car il me révéla des altérations extrêmement marquées des éléments cellulaires. Alors que mes recherches portant sur les tumeurs multiples que j'avais précédemment enlevées, ne m'avaient jamais montré que des lésions minimes, consistant surtout en infiltrations hématiques, j'ai pu me rendre compte cette fois que la plus grande partie de la tumeur était complètement sphacélée et que les éléments anatomiques se trouvaient en complète dégénérescence. En certains points, conservant encore un semblant d'aspect normal, on reconnaissait la présence de véritables infarctus siégeant au milieu des éléments adipeux, mais tout le reste ne constituait plus qu'une masse désagrégée, infiltrée de gouttelettes de pus.

Cette observation présente, comme celles que j'ai déjà publiées, de nombreux points d'analogie avec les quelques cas rapportés par différents auteurs (Hardouin, Sachs, Wendel, etc.). Comme eux, je ne pense pas que l'on puisse rattacher les symptômes d'étranglement observés à un pincement d'intestin ou à une hernie qui aurait fui au moment de l'intervention. Je crois que c'est au lipome seul qu'il faut rapporter les différents accidents observés, et l'état des lésions que j'ai été à même d'observer semble bien devoir me donner raison.

Quant à la pathogénie de ces étranglements graisseux, elle ne paraît pas difficile à expliquer.

Si l'on excepte le cas de Wendel, où cet auteur a pu constater chez sa malade une torsion de la tumeur sur son axe, presque toujours la congestion du lipome et les douleurs qui en résultent, tiennent à une sorte d'étranglement large de la tumeur. Dans la plupart des observations, on voit qu'une masse lipomateuse existant depuis longtemps dans le canal inguinal, et venant de temps à autre révéler sa présence à l'extérieur, a été, à la suite d'un effort violent, chassée par la poussée intra-abdominale et s'est étalée au devant de l'anneau externe. Le lipome se trouve alors, par son volume et par les modifications qu'a subies sa forme, dans l'impossibilité de retourner en arrière ; il est alors le siège de phénomènes douloureux, les uns d'origine mécanique et résultant des tractions exercées sur le péritoine et les au-

tres de nature congestive, l'étirement du pédicule et la compression de l'anneau apportant à la circulation des entraves de plus en plus considérables.

Et c'est ce que montre bien d'ailleurs les lésions observées ; suivant les observations, elles diffèrent les unes des autres, et leur ensemble offre toute une série de gradations, qui montre bien que s'il existe des états simples où l'inflammation est encore peu développée se traduisant seulement par de la congestion et des hémorragies, il y en a d'autres, comme celle que je vous ai rapportée, où la gêne circulatoire a amené de la nécrose de certaines parties du lipome. Il se passe en somme, ici, ce qui se produit dans les véritables hernies étranglées, plus l'étranglement dure, plus les lésions progressent et il n'est pas surprenant de voir au bout de 5 jours le sphacèle de la plus grande partie de la tumeur.

Vous pouvez comprendre aisément, si vous repassez rapidement en revue la symptomatologie que je vous ai esquissée, combien le diagnostic peut être difficile et l'erreur possible. Le lipome préherniaire présente en somme les mêmes signes que la hernie étranglée, aussi n'est-il pas surprenant que tous les auteurs qui en ont publié des cas ont toujours,sauf Hardouin, porté le diagnostic de hernie étranglée et sont intervenus dans ce but.

Il est cependant un symptôme sur lequel je voudrais attirer votre attention en terminant, et qui me paraît pouvoir aider beaucoup au diagnostic, c'est la mobilité de la tumeur. J'en ai été frappé au moment où j'ai examiné le malade, et c'est ce symptôme seul qui m'a fait porter mon diagnostic. C'est que j'avais déjà pu l'observer moi-même dans les autres cas de lipome préherniaire que j'ai opérés et c'est grâce à lui que je n'ai pas incliné vers l'idée d'entérocèle étranglée.

Hardouin dans les deux observations qu'il rapporte relate aussi cette mobilité qui est aussi signalée par Wendel : les autres auteurs sont muets sur ce point et ne parlent pas de ce caractère.

Y a-t-il là un symptôme propre aux lipomes préherniaires étranglés, ou bien cette mobilité peut-elle leur faire défaut comme dans l'étranglement des entérocèles et des épiplocèles ? Mes quatre observations me permettent d'être affirmatif sur ce point, et d'estimer que le symptôme mobilité présente une importance primordiale dans le diagnostic.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

La prophylaxie de la lèpre. — Traitement de la tuberculose par la méthode de Spahlinger. — Enveloppements et bains de paraffine en thérapeutique. — Réaction de Wassermann chez les tuberculeux pulmonaires. — Traitement de l'asthme par les injections intra-trachéo-bronchiques. — Glycosurie et albuminurie provoquées par la compression oculaire. — L'extrait hypophysaire dans le diabète insipide. — Radiumthérapie de la leucémie myéloïde.

L'*Académie de médecine* termine la discussion sur *la prophylaxie de la lèpre.*

Après les observations de M. Gaucher qui demande que la surveillance des lépreux soit confiée aux inspecteurs départementaux d'hygiène et que l'interdiction du territoire français soit rigoureux pour les les lépreux étrangers, l'Académie émet l'avis suivant :

1° La lèpre sera inscrite au nombre des maladies dont la déclaration est obligatoire ;

2° Les lépreux seront soumis, suivant les cas, soit à une surveillance spéciale, soit à l'isolement ;

3° Le territoire français pourra être interdit aux lépreux étrangers ;

4° Une commission spéciale, comme il est dit dans le projet de loi, statuera sur chaque cas ;

5° L'Académie ne saurait s'occuper de la prophylaxie de la lèpre en France, sans insister auprès des pouvoirs publics sur la nécessité de prendre des mesures rigoureuses indispensables pour enrayer la diffusion de la lèpre dans les colonies et les pays de protectorat, infiniment plus menacés que la métropole.

— M. Letulle présente à l'*Académie de médecine* une note adressée par le Dr Williams, médecin de l'hôpital français à Londres, sur le *traitement de la tuberculose par la méthode de Spahlinger.*

La méthode de Spahlinger consiste en une série d'injections intramusculaires d'une combinaison d'antigènes tuberculeux et de ferments. Ce traitement « spécifique » est renforcé par un traitement « adjuvant », composé de ferments associés à des lipoïdes, que l'on administre par voie intra-musculaire ou intra-veineuse.

Sur 54 tuberculeux pulmonaires, tous ouverts, traités depuis quelques mois par cette méthode, 17 ont éprouvé, à l'heure actuelle, une amélioration profonde ; les signes d'ulcération ont disparu, les bacilles n'existent plus dans l'expectoration et l'apyrexie est persistante.

— M. Barthe de Sandfort lit à l'*Académie de médecine* un travail sur les *enveloppements et bains de paraffine en thérapeutique* (*kérithérapie.*)

L'auteur a employé les enveloppements et les bains de paraffine d'une façon analogue aux boues thermales, de Dax par exemple. La paraffine pré-

sente l'avantage d'être rigoureusement propre, stérilisable, légère, et d'être tolérée à 50 et 60 degrés au lieu de 42. On peut avantageusement l'additionner de résines et en particulier d'ambre, qui lui donnent de la résistance et de la souplesse. Ces enveloppements procurent de bons résultats dans les formes douloureuses du rhumatisme et de diverses affections (sciatiques, phlébites, etc.).

M. Barthe de Sandfort a expérimenté, d'autre part, sur lui-même le bain de paraffine. Il s'est plongé, tout entier, pendant douze minutes, dans une cuve contenant de la paraffine en fusion à 51 degrés. Ce bain, répété dix fois en seize jours, lui confirma que non seulement ces immersions ne provoquent aucun malaise, mais qu'elles procurent une sensation de bien-être, d'activité générale, de résistance à la fatigue correspondant à un abaissement de la tension artérielle. Pour l'auteur, cette balnéation nouvelle, régularisant la circulation, stimulerait la vitalité générale et constituerait la thermothérapie de choix dans le rhumatisme, la sciatique, la goutte, les varices, l'obésité, et tous les ralentissements de la nutrition.

— MM. Letulle, Bergeron et André Lépine font à l'*Académie de médecine* une communication sur la *réaction de Wassermann chez les tuberculeux pulmonaires.*

Depuis un peu plus d'une année, M. Letulle a soumis à l'épreuve de Wassermann tous les tuberculeux de son service, hommes et femmes, sans aucune sélection, dès leur entrée à l'hôpital. Examinés dans ces conditions, 346 tuberculeux avérés, ouverts, ont donné 64 réactions positives, plus 8 douteuses. Ainsi, sur 100 tuberculeux pris au hasard, 19 au moins semblaient posséder dans leur sang, des anticorps syphilitiques.

Sur les 64 malades à séro-diagnostic positif, 10 seulement savaient leur maladie et l'avouaient, ou bien en offraient divers signes cliniques révélateurs.

Pour ces cas de tuberculose compliquée de syphilis, le fait d'évoluer sur un terrain spécifique ne semble pas avoir donné de caractères spéciaux à la tuberculose pulmonaire. Celle-ci paraît cependant avoir été plutôt aggravée ; en tout cas, le développement de la sclérose pulmonaire cicatricielle n'est pas favorisée par la syphilis. Les autopsies ont montré des destructions tuberculeuses des poumons ni plus ni moins scléreuses pour les deux groupes de sujets. Par contre, on a observé des altérations de l'aorte chez les trois quarts des tuberculeux à Wassermann positif, alors qu'elles sont rares chez les tuberculeux non syphilitiques.

En résumé, l'enquête de M. Letulle tend à établir qu'à Paris, parmi la population hospitalisée, le cinquième au moins des tuberculeux pulmonaires sont en même temps atteints de syphilis

— M. Bourgeois lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *traitement de l'asthme par les injections intra-trachéo-bronchiques.*

Après Ephraïm (de Breslau), Guisez et Milian, M. Bourgeois a employé dans le traitement de l'asthme, les injections et pulvérisations intra-trachéobronchiques.

Les injections intra-trachéales en question se pratiquent avec une seringue à longue canule que l'on introduit, après anesthésie du larynx, dans la trachée jusqu'à la bifurcation bronchique. M. Bourgeois a injecté tantôt de l'huile gomenolée, tantôt une solution aqueuse de cocaïne adrénaline et de novocaïne adrénaline, tantôt une solution huileuse de novocaïne adrénaline. La quantité de liquide injectée a été de 5 centimètres cubes chez l'adulte et de 2 centim. cubes chez l'enfant.

Les plus beaux résultats ont été obtenus chez les malades en état de grande crise aiguë, aussi bien pour l'asthme essentiel que pour l'asthme chronique ou tuberculeux. L'expérience a montré que la solution de novocaïne était efficace à doses faibles (solution à 1 p. 100 additionnée de 25 gouttes d'une solution d'adrénaline à 1 p. 5000). La seule contre-indication serait l'âge avancé ou l'hypertension artérielle du malade, l'adrénaline devant être évitée en pareil cas

— MM. Lesieur, Vernet et Petzetakis présentent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur *la glycosurie, l'albuminurie et la polyurie provoquées par la compression oculaire.*

Chez six sujets épileptiques, les auteurs ont constaté, après la compression oculaire, une polyurie constante, de l'albuminurie dans trois cas sur six, de la glycosurie dans quatre cas sur six. L'albuminurie apparut beaucoup plus tôt que la glycosurie. Deux heures environ après la compression oculaire, les urines des trois malades présentaient déjà un disque net d'albumine. Cette albuminurie dura une heure et demie environ.

La compression oculaire paraît agir ici comme le ferait la piqûre du quatrième ventricule, dans l'expérience classique de Claude Bernard. Il faut sans doute, pour obtenir de tels résultats, un état favorable d'excitabilité spéciale du centre bulbaire, état qui se rencontre chez les épileptiques. Mais le phénomène n'en garde pas moins sa valeur physiologique. Il montre que le réflexe oculo-cardiaque n'est qu'une modalité intéressante des troubles susceptibles d'être provoqués par la compression oculaire.

— MM. P. Lereboullet et Faure-Beaulieu signalent à la *Société médicale des hôpitaux* les effets des injections sous-cutanées d'*extrait hypophysaire dans le diabète insipide.*

MM. Lereboullet et Faure Beaulieu ont employé chez un de leurs malades, atteint de polyurie, l'opothérapie hypophysaire. Ils ont pratiqué celle-ci sous forme d'injections sous-cutanées d'extrait hypophysaire, chaque ampoule correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse du bœuf. Chaque injection fut suivie d'une baisse considérable du taux urinaire qui tomba de 7 à 8 litres à 2 litres et 1 litre

1/2. L'action, bien que de courte durée, fût néanmoins appréciée des malades.

— MM. RÉNON, DEGRAIS et TOURNEMELLE rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *leucémie myéloïde traitée par la radiumthérapie.*

M. Rénon conclut que la radiumthérapie apparaît comme un des meilleurs traitements de la leucémie myéloïde, probablement même comme le meilleur à l'heure actuelle.

P. L.

A PROPOS DES CONGRÈS

de Physiothérapie et de Thalassothérapie.

Deux grands congrès viennent de se terminer : l'un, le *Congrès de physiothérapie* s'est tenu à Paris sous la présidence d'honneur du professeur Landouzy et la présidence effective du professeur Maurel de Toulouse ; l'autre, le *Congrès de l'Association internationale de thalassothérapie,* s'est déroulé à Cannes sous la présidence d'honneur de S. A. S. le prince de Monaco et la présidence effective du professeur d'Arsonval.

De nombreux rapports et d'importantes communications ont été exposés au cours des séances de travail.

AU CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE :

M. Daniel BERTHELOT, membre de l'Académie, a fait un remarquable rapport sur *la nature des radiations solaires au niveau de la mer et des moyens de les mesurer.* MM. les professeurs Albert ROBIN et Henry BITH ont présenté une étude très complète de *l'action biologique de l'héliothérapie marine.* Le soleil, dans une cure bien conduite, possède une action calmante, analgésiante, excitante, tonique, résolutive, microbicide, antitoxique. Si les rayons solaires sont trop intenses, la cure mal dirigée, on peut observer des accidents. L'héliothérapie marine est la cure solaire qui donne, dans la plupart des cas, le maximum d'effets grâce à sa richesse en lumière diffuse, à la grande transparence de l'atmosphère, à la rareté de la vapeur d'eau et des brouillards, à la grande réverbération, à la polarisation de la lumière.

Malheureusement, dit d'ŒLSNITZ (de Nice), dans l'état actuel de nos connaissances, en ce qui concerne la *posologie de l'héliothérapie marine,* on ne peut que formuler des propositions d'attente ; la forme pratique de la posologie héliothérapique consiste à appliquer empiriquement des règles initiales, véritables règles de prudence, de progressivité lente, et suivant les nécessités à les modifier, à les adapter aux divers modes réactionnels des malades.

Or, ainsi que le fait remarquer M. CASSE (de Bruxelles), bien que l'héliothérapie marine donne partout de bons résultats, la zone méditerranéenne reste le lieu de choix. Sachons nous servir de l'héliothérapie comme un adjuvant de premier ordre, et nous enregistrerons de magnifiques succès.

Le Dr Maurice FAURE examine les qualités solaires du littoral méditerranéen, et rappelle quelques-unes des lois de l'héliothérapie. L'heure de l'héliothérapie scientifique est proche.

M. ANDRIEU (de Berck) voudrait que tout médecin pratiquant l'aérothérapie use en même temps de l'héliothérapie marine dont l'action vient compléter si heureusement celle de l'aérothérapie, notamment dans la fermeture des fistules tuberculeuses. Dans une étude très approfondie M. PASCAL signale également les heureux effets de la *cure hélio-marine dans les adénites* (guérison habituelle), dans les *ostéites* en général et le *mal de Pott* (durée abrégée, disparition fréquente des abcès, sans ponction ni injection), dans les *ostéo-arthrites.* Toutefois, dit-il, pour obtenir de bons résultats, il est nécessaire d'associer à la cure hélio-marine, moyen d'action générale, tous les autres moyens généraux tels que l'air, l'alimentation, etc. Dans la *tuberculose péritonéale,* si nous nous en rapportons aux paroles de M. le Dr Armand DELILLE, la cure hélio-marine est encore très efficace, sauf pour les formes aiguës ou pour les poussées aiguës. Dans les formes chroniques, l'héliothérapie doit être appliquée à tous les cas de tuberculose péritonéale, forme ascitique curable, forme ulcéro-caséeuse, forme fibreuse, forme entéro-péritonéale et appendicite tuberculeuse; elle abrège souvent la durée de la maladie et augmente la solidité de la guérison. Pour M. le Dr RÉVILLET (de Lyon), l'héliothérapie marine étend sa valeur curative aux *tuberculoses abdominales.* Sont justiciables de l'héliothérapie marine les aménorrhées et dysménorrhées d'origine tuberculeuse.

Le soleil est l'agent enménagogue et euménorrhéique par excellence ; l'héliothérapie marine guérit souvent les néphrites franchement tuberculeuses, les formes ulcéro-caséeuses, à une période peu avancée, elle est conservatrice et prévient la néphrectomie. Elle guérit également les albuminuries tuberculeuses, elle guérit aussi la fièvre ganglionnaire tuberculeuse albuminurique. Les cystites et les prostatites sont également souvent guéries, mais c'est dans les affections tuberculeuses des organes génito-urinaires de la femme que la cure hélio-marine donne ses meilleurs effets.

Le Dr FESTAL (d'Arcachon) expose les bienfaits de la cure hélio-marine dans la *tuberculose adénomédiastine* et souhaite que l'on use plus largement de cette méthode thérapeutique.

Le Dr MALGAT (de Nice) expose sa méthode

☛☛

et les résultats obtenus dans les cas de *tuberculose pleuro-pulmonaire*. Les malades sont d'emblée exposés nus au soleil ; la durée des bains est graduée selon l'intensité de la pigmentation cutanée d'origine solaire, et suivant les cas on donne des bains chauds ou froids ; le bain froid est dangereux ; le bain trop chaud (44°) détruit l'hémoglobine.

La guérison de la tuberculose se fait par sclérose sous l'influence de la lumière. Méthodiquement appliquée, la cure hélio-marine permet d'obtenir 100 % de guérison au début ; 65 %, au second degré ; 25 % au 3e degré.

Le Dr Vidal (d'Hyères) rapporte des cas de guérison de *lupus* et de *psoriasis* grâce à l'héliothérapie marine.

Le Dr André Claisse (de Biarritz) démontre que l'héliothérapie marine ne donne pas seulement d'excellents résultats dans les affections chirurgicales tuberculeuses, mais encore dans les *maladies d'ordre chirurgical non tuberculeuses*, telles que les ulcères variqueux, les chancres mous, les phlébites, etc.

Le Dr Monteuuis (de Nice) indique quels sont les divers degrés de la cure solaire dans les affections non tuberculeuses.

La séance inaugurale du Congrès de physiothérapie fut ouverte par le professeur Landouzy qui, dans son discours, montra toutes les ressources qu'apporte au praticien la physiothérapie bien comprise. La première question à l'ordre du jour était : *Rôle des divers agents physiques et plus particulièrement du mouvement dans les psychasthénies*. Cette question fut traitée par de nombreux auteurs. M. Lanel, parlant de la méthode psycho-osmothérapique du docteur Burlureaux, rappelle que cette méthode (marche en flexion) suivie de douche améliore d'une façon notable les fonctions organiques et stimule le système nerveux des épuisés.

M. Sollier montre que le mouvement combat l'état d'appréhension et de phobie.

M. Dubois de Saujon fixe le rôle de l'exercice dans les névropathies. La cure en flexion est un des meilleurs modes d'entraînement. Mais il importe de bien la régler de même que l'usage de la bicyclette, du tennis, de la méthode du lieutenant Hébert. Pour cela, la présence du médecin est nécessaire.

Pour M. Fraikin (d'Argelès), l'association de la psychothérapie et de la physiothérapie constitue un excellent traitement des psychonévroses. Le nombre d'exemples apporté par l'auteur, qui a pratiqué simultanément ces deux méthodes, en est une preuve.

Le courant faradique sera employé dans les anesthésies ; la contraction musculaire électrique permettra de convaincre le malade du fonctionnement de ses muscles.

Etudiant l'action de la rééducation des mouvements dans les différentes psychonévroses, M. Kouindjy demande qu'on ne fasse pas de cette méthode un emploi irraisonné. En effet, la rééducation n'agit pas dans toutes les psychonévroses, et celles qui en retirent les plus grands bénéfices sont surtout : l'astasie-abasie, le pseudo-tabès neurasthénique, les tics, le torticolis mental. La rééducation a très peu de prise sur les psychiques purs.

Pour M. Duhain, le traitement de la psychasthénie doit, en raison de la nature de l'affection, être avant tout causal et psychothérapique.

Les causes sont immédiates (émotions, traumatismes, fatigues etc..), prochaines (troubles de la nutrition, de la digestion, des glandes endocrines), lointaines (hérédité, éducation). Contre les causes lointaines, la diététique, les jeux, les sports (kinésithérapie) ; contre les autres et contre les divers symptômes, l'électricité (constipation, troubles de la nutrition, hyperexcitabilité) ; l'hydrothérapie, même la radiothérapie aideront l'action primordiale de la psychothérapie, mais la kinésithérapie demeure le plus important de tous les agents physiques. Comme mesure prophylactique, les médecins doivent chercher à agir sur les pouvoirs publics en vue d'obtenir la réduction des programmes scolaires, et le développement de l'éducation physique.

Mais, ainsi que le fait observer M. Chartier, il faut éviter trop de sport et le surentraînement, car on a signalé des états neurasthéniques ou psychasthéniques chez des sujets pour lesquels on avait pratiqué le surentraînement. Ceux qui ont une vie intellectuelle intense, à qui incombent des responsabilités sérieuses, devront donc, tout en se maintenant dans un état physique satisfaisant, éviter le surmenage et l'amaigrissement, et si l'amaigrissement survient (M. Sollier), se mettre au repos complet.

M. Laquerrière étudie la rééducation électrique chez les accidentés du travail. Pour cet auteur, l'accidenté du travail est un malade spécial pour lequel, tout en soignant la lésion, il faut empêcher l'évolution de la sinistrose. Le médecin électricien est dans une situation spéciale et il s'occupe de son blessé pour dépister les manifestations de cet état et pour lutter immédiatement contre elle.

La révulsion électrique devient l'arme de choix pour les troubles sensitifs et circulatoires.

La gymnastique électriquement provoquée est un excellent moyen pour surprendre l'immobilisation et commencer la rééducation motrice.

La deuxième question : *Rôle des agents physiques dans la goutte* fut traitée avec beaucoup d'ampleur.

Le radiodiagnostic de la goutte fut exposé par MM. Desternes et Baudon. Au point de vue radiologique, MM. Desternes et Baudon étudient successivement :

1° La goutte nettement différenciée ;
2° Le rhumatisme goutteux ;
3° Certaines localisations se rattachant à la goutte.

Dans la goutte nettement différenciée, l'examen radiographique dénote une transparence anormale de l'os (le tophus, élément caractéristique de la goutte, étant de par sa composition un dissolvant du tissu osseux). Il y aura des taches claires (très souvent épiphysaires) qui constitueront soit des lacunes dans le corps de l'os, soit des encoches à sa périphérie.

Dans le rhumatisme goutteux, les aspects sont différents suivant que l'os aura le type fibreux, le type noueux, ou le type déformant ; dans le type fibreux, la radiographie montre l'intégrité presque complète des os et de l'articulation ; dans le type noueux, la radiographie décèle, sur les parties latérales des extrémités épiphysaires, des nodosités de teinte claire, qu'un mince liséré opaque borde du côté de l'os sain.

Quelquefois il existe au niveau de certaines articulations (surtout entre la phalange et la phalangette), de l'encrassement articulaire, des ostéophytes ; dans le type déformant, l'articulation est presque toujours indemne, et l'os, raréfié par places, conserve dans l'ensemble sa structure, à l'encontre de ce qui se passe dans le rhumatisme déformant vrai.

Dans les localisations se rattachant à la goutte la radiographie révèle : dans le rhumatisme ostéalgique, des petites nodosités miliaires sous-périositées de teinte claire ; dans les nodosités d'Heberden, tantôt un très léger degré d'exostose recouvert de nodosités purement fibreuses, tantôt de nodosités osseuses claires, tantôt des végétations opaques d'ostéite hypertrophiante ; dans les nodosités de Bouchard, mêmes images mais signes moins prononcés.

Au niveau des grandes articulations, on observe surtout un aspect irrégulier, effiloché, flou des extrémités osseuses qui se sont laissé pénétrer par les tophus périarticulaires

Les lésions osseuses de la goutte, les taches claires de destruction et d'infiltration uratique sont absolument pathognomoniques. La tuberculose, l'actinomycose donnent, la première des taches à contours moins nets, la seconde des lacunes entourées d'ostéite condensante marquée.

La diététique de la goutte fait l'objet d'un important rapport présenté par M. Monsseaux de Vittel. Pour Monsseaux, il ne doit pas y avoir de régime uniforme pour tous les goutteux ; à chaque goutteux son régime. C'est ainsi que dans l'institution du régime, il sera nécessaire de tenir compte : 1° en ce qui concerne le sujet, de son âge, de son genre de vie, de son tempérament actuel, de ses élaborations digestives et hépatiques, de l'état des reins, du système circulatoire, du système nerveux, des transformations albuminoïdes et des éliminations excrémentitielles dont son organisme est capable ; 2° en ce qui concerne la maladie, de son évolution, de l'étape à laquelle elle est arrivée, de sa forme et de son association avec la glycosurie, la lithiase rénale, l'obèsité, l'artério-sclérose.

Par rapport à la diathèse goutteuse, il faut cependant proscrire d'une façon générale toute une série d'aliments générateurs d'acide urique et de composés xantho-uriques (viscères et abats, parties gélatineuses, viandes d'animaux jeunes, viandes en général, poisson, légumineuses, chocolat, thé, café, bière) ; 3° toute une catégorie d'aliments nocifs en raison de leur action sur les voies digestives (aliments qui ne sont pas d'une fraîcheur absolue, lourds, indigestes, épices, boissons alcoolisées et fermentées ; les œufs prêtent à discussion).

Le régime général et habituel du goutteux dans l'intervalle des crises sera donc un régime mixte, plus végéto-fruitarien que carné, hypoazoté, hypopurinique, hypotoxique, mais varié dans le choix des aliments et cuisiné sainement et simplement. La ration quotidienne moyenne sera établie aux environs de la ration d'entretien, plutôt en dessous. Enfin ce régime habituel sera complété par des cures intermittentes de réduction plus accentuée, une ou deux fois par semaine ; par exemple, l'alimentation sera végéto-fruitarienne stricte, sans farines ; les cures de fruits, un régime lacté intermittent plus ou moins mitigé sont également favorables.

Pour être efficace le régime sera continué pendant longtemps.

M. Maurel insiste sur la quantité dans le régime et le dosage de l'alimentation azotée dont M. Monsseaux n'a pas, à son sens, suffisamment parlé. L'analyse d'urine permettra de contrôler ce dosage, l'urée ne devra pas dépasser 0.30 et l'acide urique 0.01 par kilogramme de poids

Avec M. Raymond Durand-Fardel, nous apprenons que le choix d'une cure hydrominérale pour le goutteux est chose très délicate : que les goutteux florides se trouvent bien d'une cure alcaline forte dont Vichy est le type.

Aux goutteux dont l'état général est moins satisfaisant, les eaux alcalines moins fortes ou les eaux bicarbonatées mixtes chlorurées et ferrugineuses (Royat, Saint-Nectaire) ou bicarbonatées calcaires (Pougues).

Quand il existe des signes d'insuffisance d'élimination des produits toxiques, les cures de diurèse s'imposent.

Aux goutteux très asthéniques on ordonnera les eaux chlorurées sodiques, avec leur balnéation tonique.

Aux goutteux excitables, les cures sédatives de Bourbon-Lancy, Néris, Plombières.

Enfin, Aix-en-Savoie, parmi les sulfureuses faibles, sera conseillé aux formes torpides et atoniques, aux goutteux francs asthéniques, aux goutteux chroniques et tophiques et aux goutteux larvés (M. Forestier).

Parlant de la thérapeutique électrique, M. Nuytten signale comme traitements généraux les courants de haute fréquence, recommandés également par M. Libotte, de Bruxelles, la gymnastique électrique généralisée suivant la méthode de Bergonié, le bain statique, le bain hydro-électrique à courants sinusoïdaux, le courant continu en applications générales ; comme thérapeutique locale,la galvanisation à haute intensité, et l'ionisation médicamenteuse représentée surtout par l'introduction de lithium au moyen du courant électrique, ont donné des résultats très remarquables.

Quant au rôle de la kinésithérapie dans le traitement des goutteux, MM. Dausset et Bécus,dans une savante communication, nous montrent qu'il peut être considérable, tant au point de vue prophylactique qu'au point de vue curatif, si l'entraînement est particulièrement lent et progressif « à la pointure du goutteux » (Sée). Les auteurs estiment que trois phases sont nécessaires : une phase de préparation ou de nettoyage, une phase d'entraînement : kinésithérapie active, devant être poussée jusqu'à l'apparition de la transpiration ; une phase d'équilibre neuro-musculaire

M. Danjou (de Nice) appuie la nécessité d'adjoindre le régime à la kinésithérapie, et proclame la nécessité du bain de lumière naturelle.

L'hydrothérapie et la thermothérapie sauront rendre de grands services d'après M. F. Sandoz.

Au moment de l'accès de goutte intense, on utilisera non de la glace, ou de l'eau très froide mais de l'eau à 10°-12°. Dans les accès peu intenses la préférence sera donnée aux applications chaudes ; dans la diathèse goutteuse, la cure atmosphérique de Rieli (combinaison du bain de soleil sudorifique et du bain d'air refrigérant, le système hydrothérapique, et hydrosudopathique de Priessnitz adouci, associés aux cures de jeûne de Dewey ou de Guelpa, seront d'un précieux secours.

La radiothérapie de la goutte est encore incertaine, nous dit M. Oct. Claude.

La question du traitement du lupus vulgaire fit l'objet de plusieurs rapports et communications intéressantes. Il n'y a pas de méthode unique de traitement du lupus. Le traitement varie suivant les cas. D'une façon générale on doit préférer les procédés doux aux méthodes brutales.

Les rayons X sont à rejeter sauf dans les lupus très étendus.

La douche filiforme d'eau à 35°, 40°, lancée sous une pression de six atmosphères, a donné de bons résultats dans le lupus plat, ulcéré ou non, peu étendu et superficiel (Bellot et Dessaux). La kinésithérapie (Bulliard) fournit également de beaux succès. A recommander les mouvements actifs dans les lupus en voie de cicatrisation, et le massage, doux, progressif, débordant sur les parties saines. La radiumthérapie (Barcat et Matagne) est à recommander dans les lupus des cavités.

Le traitement des ankyloses est exposé par MM. Marques, Gay, Forestier, Ledoux-Lecard, Allard, Hirtz, Barthe de Sandfort, Bellemanière et Duvernay .

M. Gay rappelle les indications des eaux minérales. Les arthrites douloureuses, les contractions musculaires associées, les tempéraments irritables seront adressés aux eaux à faible minéralisation, riches en émanations radio-actives (Néris, Plombières, Bains-les-Bains, Bourbon-Lancy).

Les ankyloses proprement dites seront adressées aux eaux résolutives (Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault.)

Les diathésiques avec ankylose iront à Aix; les porteurs de raideurs articulaires, d'ostéomyélites, à Luchon, Ax, etc. A Dax, et à Saint-Amand on enverra les ankyloses des diathésiques.

Les moyens hydrothérapiques à employer, dit M. Forestier, sont la douche froide (Fleury) la douche chaude (Beni-Barde), vapeur, douche, massage, affusion, etc. M. Devenay voudrait voir le bain de piscine plus répandu. L'électrothérapie, la douche d'air chaud, et les divers autres agents physiques peuvent donner d'excellents résultats. Surtout en présence d'ankylose, ne jamais manquer de s'adresser aux rayons X comme moyens de renseignements, dit M. Ledoux-Lebard.

M. Delherm montre l'importance d'un électro-diagnostic précoce dans des myopathies et M. Bourguignon traite la pathogénie et l'électrophysiologie des myopathies.

Enfin, à propos de la question des ptoses, M. Desternes expose que la ptose gastrique totale est tout à fait exceptionnelle, tandis que la ptose pylorique est fréquente ; M. Frantz Glénard à ce propos, rappelle ses travaux et insiste sur le port de la sangle, et l'institution d'un régime, ce dont M. Kouindjy s'étonne, car, à son avis, on exagère le rôle des régimes et des sangles, la kinésithérapie, massage et exercices, constituant le traitement de choix.

Parmi les autres communications, citons la communication du Dr Doyen sur le traitement des cancers accessibles, dans laquelle l'auteur a revendiqué devant le Congrès :

1° La priorité de l'application des courants thermo-pénétrants de haute fréquence à la thé-

rapeutique des cancers accessibles et des autres lésions infectieuses superficielles ;

2° La découverte de la guérison des cancers accessibles et encore localisés, y compris l'épithélioma provoqué par les Rayons X, par l'action de ces courants thermo-pénétrants.

Dr Gaston SIGURET.
(Saint-Nectaire).

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Les laits corrigés.

On sait que l'un des inconvénients de l'allaitement artificiel résulte de la différence de composition qui existe entre le lait de femme et le lait de vache. Cette différence porte surtout sur la caséine, dont le lait de vache renferme environ deux fois plus que le lait de de femme, et accessoirement sur le lactose : 65 pour 1000 chez la femme, 55 p. 1000 dans le lait de vache.

Aussi le lait de vache pur ne saurait-il convenir à l'alimentation des nourrissons, au moins dans les premiers mois de la vie et est-il de toute nécessité d'en modifier la composition. Le procédé le plus simple auquel on peut avoir recours pour obtenir ce résultat est celui que l'on emploie journellement et qui consiste à diluer le lait avec une certaine quantité d'eau bouillie et à y ajouter du sucre. On remédie ainsi d'une part à l'excès de caséine, de l'autre à l'insuffisance des hydrates de carbone. Mais on tombe alors dans un autre inconvénient, l'insuffisance de la matière grasse, du beurre. Aussi, si le coupage et le sucrage du lait de vache suffisent aux besoins ordinaires de l'allaitement artificiel, c'est-à-dire à l'alimentation d'enfants normaux et bien portants, il n'en est plus de même dans certains cas pathologiques, en présence d'indications spéciales. On a donc cherché, par des procédés industriels, à modifier plus profondément la composition du lait de vache, de manière à se rapprocher davantage de celle du lait de femme. Ce sont ces laits *corrigés* que nous aurons en vue dans cette brève étude.

I. Les procédés de correction du lait sont très nombreux ; nous ne retiendrons que les principaux.

Procédé de Winter-Vigier. — Après avoir dosé la caséine aussitôt après la traite, on divise le lait en deux parties égales. La première est laissée intacte. Quant à la seconde, on la laisse reposer pour permettre à la crème de monter, celle-ci est ensuite enlevée et ajoutée à la première partie ; on coagule alors la caséine au moyen de la présure et l'on décante ; le sérum qui reste est ajouté à la première partie. On obtient ainsi un mélange qui théoriquement renferme tout le beurre, tout le lactose et seulement la moitié de la caséine du lait. En réalité, d'après les analyses de Gautrelet, la proportion de caséine est un peu plus forte (23,6 p. 1000) ; par contre, la teneur en beurre est un peu faible, cela tient à ce que la coagulation de la caséine emprisonne un certain nombre de globules gras.

Procédé de Budin et Michel. — Ces auteurs se servent d'un extrait de pancréas de veau obtenu en faisant macérer l'organe frais, haché, dans l'eau chloroformée, pendant vingt-quatre heures. Cet extrait, filtré, est ajouté au lait préalablement stérilisé, à raison de 50 cmc. pour un litre de lait. On laisse digérer une heure à 37°, puis on ajoute une solution renfermant du lactose et du sirop de sucre.

Procédé de Backhaus. — Le lait est d'abord pasteurisé, puis refroidi. Il est ensuite écrémé par centrifugation, puis soumis pendant vingt-cinq minutes à 35° à l'action d'une quantité déterminée de trypsine pancréatique et de présure. Dans cette opération, la caséine est en partie coagulée, en partie transformée en propeptone. On filtre et on obtient alors un liquide renfermant environ 18 p. 1.000 de caséine, auquel on ajoute la quantité de beurre et de lactose correspondant à la composition du lait de femme. Dans ce procédé, la caséine est donc non seulement ramenée à un taux voisin de celui auquel elle se trouve chez la femme, mais encore elle est peptonisée, c'est-à-dire rendue immédiatement assimilable.

Procédé de Gärtner. — Contrairement aux précédents, qui comportent des manipulations d'ordre exclusivement chimique, le procédé de Gärtner emploie, pour transformer le lait, des moyens d'ordre mécanique. Le lait est d'abord coupé d'eau, de manière à ramener le taux de la caséine à 18 p. 1000. On le met ensuite dans une machine centrifuge spéciale : dans une telle machine, les globules gras, moins lourds que l'eau, restent dans la partie centrale de l'appareil. Celui-ci comporte deux robinets de prise : l'un, voisin du centre, donne par conséquent du lait gras, l'autre, placé à la périphérie, donne du lait maigre. On peut donc, avec cet appareil, et au moyen de réglages appropriés, obtenir un lait relativement pauvre en caséine par suite de la dilution, tout en restant suffisamment riche en graisse puisque ce lait dilué est ensuite soumis à la centrifugation ; on y ajoute ensuite la quantité de lactose voulue.

II. Nous devons nous demander maintenant quelle est la valeur de ces différents laits, qui tous méritent les noms de lait humanisé, ou encore de lait maternisé, féminisé, dénominations qui font allusion au but qu'on s'est proposé en les préparant.

Tout d'abord, en ce qui concerne lait de Gärtner, il ne semble pas qu'on doive en conseiller l'emploi.

Escherich, qui l'a expérimenté le premier, en aurait, il est vrai, obtenu de bons résultats : d'après cet auteur, les enfants le prennent volontiers, ils présentent des selles analogues à celles des enfants nourris au sein et augmentent de poids comme ces

derniers. Mais Marfan, qui l'a employé, lui aussi, lui adresse les reproches suivants : 1° chez les enfants bien portants, les résultats obtenus avec ce lait sont inconstants : les uns gagnent du poids pendant quelques jours, puis prennent de la diarrhée ; d'autres présentent d'emblée des troubles digestifs à la suite de son emploi ; 2° chez les nourrissons atteints d'une affection du tube digestif, le lait de Gärtner, loin d'améliorer les symptômes, a paru exagérer la diarrhée et les vomissements ; 3° la centrifugation que subit le lait modifie l'état d'émulsion de la matière grasse ; 4° enfin, ce lait serait particulièrement scorbutigène (nous reviendrons d'ailleurs plus loin sur la question des laits modifiés dans l'étiologie du scorbut infantile).

Quant au lait de Backhaus, si Marfan s'en montre peu partisan, lui reprochant d'avoir subi la centrifugation et d'être une préparation trop compliquée, par contre, Péhu déclare que ce lait constitue « une préparation excellente et souvent très utile ». Cet auteur a constaté, chez les enfants auxquels il l'a administré, une amélioration notable des fonctions digestives, une progression normale du poids, des selles normales.

On pourra donc employer le lait de Backhaus :

1° Comme adjuvant de l'allaitement au sein, lorsque la sécrétion lactée est insuffisante ;

2° Chez les débiles et les prématurés, lorsque l'allaitement au sein est impossible ;

3° Dans la convalescence des gastro-entérites, des toxi-infections digestives, quand on veut reprendre l'alimentation lactée

III. A côté des laits que nous venons d'étudier, se place le *lait homogénéisé*. Il s'agit là d'une manipulation un peu spéciale qui s'adresse surtout au lait stérilisé, dont elle est destinée à assurer la conservation. Le lait stérilisé industriellement, c'est-à-dire ayant subi l'action de hautes températures, ne se conserve pas indéfiniment : au bout de quelques jours, la matière grasse surnage sous forme de crème et arrive à former, à la surface du lait, une couche épaisse, qui subit ultérieurement la fermentation butyrique et donne au lait un goût de suif, et on sait que la force ascensionnelle des globules graisseux du lait est proportionnelle au cube de leurs rayons. Donc, pour s'opposer à leur ascension et à la formation de cette couche crémeuse, il s'agissait de diminuer le volume des globules.

C'est ce qui est réalisé par la machine de Gaulin. Nous ne saurions décrire ici cet appareil. Qu'il nous suffise d'en indiquer le principe, lequel consiste à faire passer le lait en jet à travers des trous extrêmement fins (de 0 mm. 1 à 0 mm. 08), puis ensuite entre deux plans très rapprochés sous forme d'une lame d'une minceur telle que les globules sortent finalement de la machine avec un diamètre de 2 à 3 millièmes de millimètres. Le lait ainsi transformé présente une consistance très uniforme ; la saveur en est agréable ; d'ailleurs, les propriétés chimiques n'en sont point modifiées et le taux de la caséine reste le même que dans le lait ordinaire. Mais les globules gras ne surnagent pas et l'on n'a plus l'inconvénient signalé plus haut. Toutefois le lait homogénéisé n'est pas sans présenter quelques inconvénients. Sa préparation est très délicate : si elle a lieu à l'air libre et sur du lait non chauffé préalablement, le liquide fermente très facilement. D'autre part, l'acidité du lait ne doit pas dépasser 1 gr. 80 à 2 gr. en acide lactique par litre. Enfin il faut connaître la possibilité de fraudes consistant à remplacer la crème par des huiles de qualité inférieure. Les résultats obtenus par Variot et Chevalier ont paru satisfaisants, ce lait est bien assimilé. « On retiendra, pour la pratique courante, que les laits homogénéisés peuvent être précieux, en particulier lorsque le nourrisson assimile mal les graisses, et que cependant la nécessité d'un accroissement pondéral plus considérable ne permet pas qu'on lui administre du lait humanisé » (Péhu).

IV. Il nous reste une dernière question à envisager : celle du rôle étiologique des laits corrigés dans le scorbut infantile ou maladie de Basedow. Ce rôle est bien admis aujourd'hui. On sait qu'il existe dans le lait des substances, entre autres l'acide citrique, qui sont antiscorbutiques. Ces substances sont plus ou moins détruites par les diverses manipulations que l'on fait subir au lait, ainsi que par la stérilisation industrielle. Les laits modifiés sont donc des facteurs indiscutables de scorbut infantile. Est-ce une raison suffisante pour les proscrire ? Non, mais l'emploi de ces laits doit être surveillé et surtout ne doit pas être prolongé. On sera prêt à le suspendre aussitôt que l'on verra apparaître des signes de scorbut.

En somme, on voit que les laits corrigés peuvent rendre des services dans l'alimentation des jeunes enfants, mais à titre plutôt exceptionnel et en présence d'indications tout à fait spéciales.

Dr A. Chabanon.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la laryngite tuberculeuse.

Dans cette affection si pénible et si grave, le traitement devra être tout à la fois local, général et symptomatique.

Par le traitement local, on visera à décongestionner la muqueuse et à circonscrire les infiltrations ; par un traitement général tonique, on aidera l'organisme dans sa lutte contre le bacille de Koch et les associations microbiennes qui l'accompagnent ; enfin, par la médication symptomatique. on s'efforcera d'atténuer les troubles qui tourmentent le plus les malades, à savoir : l'enrouement et la dysphagie.

En premier lieu, on mettra en œuvre les moyens usuels d'antisepsie et d'hygiène. L'air de la chambre sera maintenu constamment humide par des vaporisations d'eau qu'on aura pris soin d'aromatiser avec une cuillerée de gomenol pur. On appliquera au devant du cou des compresses d'eau gomenolée très chaudes qui seront changées, si possible, toutes les demi-heures pendant le jour ; la nuit, cravate ouatée. Enfin le malade absorbera des boissons chaudes édulcorées avec du sirop de gomenol (4 à 6 cuillerées à bouche par jour).

Contre l'enrouement et la dysphagie, on pratiquera, chaque jour, trois à quatre pulvérisations d'eau gomenolée (1 c. à café de gomenol par litre d'eau), de cinq minutes chacune, le malade ayant la bouche ouverte et la langue hors de la bouche devant le pulvérisateur. On pourra tout d'abord pulvériser de l'eau gomenolée pour bien humidifier la muqueuse et distendre les tissus, puis substituer le gomenol pur à la solution. Administrées de la sorte, les pulvérisations se montrent particulièrement bienfaisantes.

Si la dysphagie est très prononcée, collutoires à la cocaïne à 1/50 ou insufflations d'orthoforme.

Mais le traitement par excellence des laryngites tuberculeuses consiste essentiellement en l'application de deux méthodes également actives et manifestement curatives en bon nombre de cas, à savoir :

1º Les badigeonnages locaux antiseptiques de gomenol pur, qui exercent à la surface même des lésions une action modificatrice fertile en résultats ;

2º Les injections intratrachéales d'oléo-gomenol à 5 % ou à 10 % qui, de l'avis de tous les laryngologistes, constituent le procédé de choix. On les pratiquera, tous les jours ou tous les deux jours, soit selon la méthode classique à l'aide du miroir, soit selon la méthode simplifiée de Mendel, en maintenant la langue hors de la bouche. La dose moyenne à injecter à chaque séance chez l'adulte est de 9 à 10 cc. mais mieux vaut débuter par 2 à 3 cc. et procéder par doses progressives.

Ces injections intratrachéales d'oléo-gomenol ont un double effet local et général : d'une part, elles décongestionnent la muqueuse, circonscrivent les infiltrations, atténuent les symptômes les plus pénibles ; d'autre part, elles agissent sur l'infection tuberculeuse elle-même, le gomenol étant à la fois un antiseptique et un antitoxique puissant, un désodorisant de premier ordre, un actif stimulant de l'énergie vitale.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Rupture de l'urèthre.

Le *Courrier médical* publie, d'après MM. A. Schwartz et P. Mathieu, une intéressante étude sur les ruptures de l'urèthre.

On distingue localement et étiologiquement les ruptures de l'urèthre pénien, provoquées, soit au cours de l'érection par un faux pas du coït, ou la rupture de la corde, soit à l'état de flaccidité, par pincement dans un tiroir par exemple ; — les ruptures de l'urèthre postérieur, déterminées par un fragment osseux au cours d'une fracture du bassin, ou par tiraillement de l'aponévrose moyenne ; — les ruptures de l'urèthre périnéo-scrotal. Celles-ci sont habituellement déterminées par une chute à califourchon sur un corps dur ou par un choc violent sur le périnée, le corps contondant écrasant l'organe contre les diverses parties du pubis, ou l'ouvrant à la section de l'aponévrose moyenne.

La rupture de l'urèthre spongieux est interstitielle, partielle ou totale, selon qu'elle intéresse le corps spongieux seul, ou le corps spongieux, la muqueuse ou ces deux couches de la paroi et la fibreuse. Elle est complète ou incomplète, suivant qu'elle porte ou non sur la totalité de la circonférence du canal.

La rupture de l'urèthre pénien siège à l'angle de la verge. Celle de l'urèthre membraneux est généralement totale et complète. Celle enfin de l'urèthre périnéo-scrotal siège à 1 ou 2 cm. en avant de l'aponévrose moyenne ; elle est habituellement complète et s'accompagne d'un hématome susceptible de s'infecter secondairement, causant ainsi un phlegmon urineux.

La rupture de l'urèthre pénien se traduit par une légère douleur et une uréthrorragie modérée, qui peut même manquer lorsque le corps spongieux est seul intéressé ; la rétention est exceptionnelle.

La rupture de l'urèthre périnéal succédant à une chute à califourchon se traduit par une douleur mal localisée au périnée, par une hémorragie intermittente, par une tuméfaction périnéale presque immédiate et par la rétention d'urine. Si l'hématome s'infecte, on voit apparaître un abcès ou un phlegmon urineux circonscrit ou diffus.

Lorsque l'urèthre postérieur est rompu, c'est à la suite d'un grave traumatisme, avec shock prononcé. L'uréthrorragie est discrète, et peut même manquer, le phlegmon secondaire est périanal, la rétention d'urine est la règle.

La gravité des ruptures uréthrales tient à leurs complications, l'infection péri-uréthrale et le rétrécissement ultérieur, toujours unique, dur et difficile à dilater

On diagnostiquera la rupture de l'urèthre postérieur avec la rupture de la vessie.

Les ruptures péniennes ne réclament que l'expectative à moins d'hémorragie inquiétante,

traitée par une sonde à demeure, ou de rétention nécessitant un cathétérisme intermittent.

Dans les formes périnéales, il faut inciser le périnée, aller à la recherche du foyer de rupture, tarir l'hémorragie et rétablir le cours de l'urine, soit en suturant immédiatement les deux bouts, soit en plaçant une sonde à demeure. On peut aussi suturer à la peau les deux bouts de l'urèthre sectionné, quitte à faire une autoplastie réparatrice ultérieure.

Dans la rupture postérieure, on placera aussi une sonde à demeure en incisant le périnée par la voie prérectale.

Les rétrécissements secondaires demandent un traitement particulier et parfois une intervention opératoire spéciale

BIBLIOGRAPHIE

Les opsonines et les bactériotropines. « La critique de la théorie de Wright » — Dr SERKOVSKI, chef du laboratoire bactériologique de Varsovie. In-8° avec figures (A. Maloine, Paris). Prix : 2 fr. 50.

Ce travail de M. le Dr Serkovski se recommande à l'attention du monde médical non seulement par sa valeur scientifique (rôle et technique des opsonines, théorie de Wright), mais surtout à cause des indications pratiques dans l'application des vaccins thérapeutiques et prophylactiques. Tous les cas où cette vaccinothérapie est rationnelle au point de vue scientifique et clinique sont étudiés avec soin à côté de ceux où elles peuvent devenir nuisibles à l'organisme.

Les théoriciens bactériologues, comme les médecins praticiens, y trouvent à glaner, les uns de la théorie très scientifique, les autres de la technique pratique.

Cet ouvrage est basé sur les recherches et les expériences de l'auteu

Conduction sonore et audition, par A. ZUND-BURGUET, 1 volume in-8°, 300 pages. Maloine, éditeur, Paris, 1914. Prix net : 6 fr. 50.

Conduction sonore et audition suit de très près *Principes d'anacousie* du même auteur et vient combler une lacune vivement regrettée par tous ceux qui ont voulu pousser au-delà des manuels classiques l'étude de la physiologie de l'audition.

Il n'est point, peut-être, dans l'histoire de la physiologie, de question plus embrouillée, plus controversée que celle, précisément, de la conduction des sons à travers l'oreille moyenne, et il a fallu à M. Zünd-Burguet un courage et une persévérance dignes d'éloges pour tracer un chemin au milieu de cet enchevêtrement pluriséculaire de conjectures, d'hypothèses et de théories, tour à tour émises, combattues, transformées, abandonnées ou érigées en dogmes.

Le but poursuivi par l'auteur n'est pas de forger des hypothèses nouvelles, mais de fournir un guide pour l'étude de celles qui existent en dressant une sorte de bilan des connaissances acquises. Son but est aussi éminemment pratique. En effet, si le phénomène de la conduction sonore est, au point de vue de la science spéculative, du plus haut intérêt, il prend une importance incommensurable quand on l'examine dans ses rapports avec la physiologie pathologique. Comment l'otologiste peut-il traiter efficacement la surdité, par exemple, sans connaître la nature vraie de cette affection ? Et comment lui serait-il possible de comprendre le phénomène anormal, s'il ignore les lois qui régissent la fonction normale : l'audition ? Or, les deux lois fondamentales sont celles de la conduction sonore et celle de la perception auditive, vérité qu'on n'aura jamais aussi bien saisie qu'après la lecture du livre de M. Zünd-Burguet.

Dans le premier des sept chapitres, nous trouvons l'exposé des diverses opinions sur l'audition émises depuis Aristote et Lucrèce jusqu'à Johannes Müller. Le chapitre II est consacré à la théorie d'Helmholtz. Dans les trois chapitres suivants (III, IV et V), l'auteur nous conduit, d'une manière très sûre, à travers les diverses théories relatives à la conduction, l'accommodation et l'audition proprement dite. Le chapitre VI présente l'examen critique des principales expériences et des interprétations qui en ont été faites, tandis que le chapitre VII et dernier nous fournit les preuves zoologiques, physiques, anatomiques, histologiques, cliniques et pathologiques de la théorie défendue par l'auteur, d'après laquelle la fenêtre ronde est la seule voie de conduction du son au labyrinthe.

Le nouveau livre de M. Zünd-Burguet a, en commun avec les précédents, une documentation très sûre, une clarté d'exposition parfaite et une limpidité remarquable de style, toutes qualités essentielles pour rendre facile et agréable l'étude d'une question par elle-même fort complexe et aride.

CORRESPONDANCE

Inventaire de la comptabilité médicale.

Un des adhérents du « Sou médical », ayant demandé s'il pouvait s'opposer à ce que ses livres de comptabilité, mis sous scellés à la requête de sa femme, qui avait formé contre lui une demande en séparation de biens, soient confiés au notaire chargé de l'inventaire, Me Gatineau a fait la réponse suivante :

D'après la jurisprudence, la comptabilité d'un médecin peut être consultée pour arriver à établir l'actif de communauté ou de succession, susceptible de faire l'objet d'un partage entre un médecin, sa femme ou ses héritiers. Le médecin a le droit d'exiger que l'examen de ses livres soit effectué de manière à sauvegarder le secret professionnel

Il peut s'opposer à ce que les livres sortent des mains d'un notaire ou d'un expert et, s'il y a lieu, s'adresser à la justice pour obtenir la prescription de mesures de nature à entourer la communication des livres de toutes les précautions nécessaires. Il aurait le droit notamment de s'opposer à toute investigation près des clients dont les noms figurent sur sa comptabilité. (Voir Paris (6e ch.), 3 janvier 1900. *Conc. Méd.*, 1900, no 6, p. 68 ; Trib. de la Seine, juin 1903. Voir *Conc. méd.*, 1902, no 35, p. 68 et 6 juin 1903, 23, p. 267)

Le livre journal dont parle le Dr X. et qui a été mis sous scellés à la requête de sa femme pour permettre l'inventaire des forces et charges de la communauté, contient des indications de nature confidentielle (nature des soins donnés aux clients ou des interventions et quelques diagnostics.

Le Dr X. est en droit de demander que ces registres lui soient remis, après relevé des sommes dues à la communauté. Il peut offrir au notaire de contrôler avec lui, après quoi, il sera inséré dans l'inventaire une déclaration du montant des sommes dues à titre d'honoraires à la communauté et l'on pourra mentionner qu'après vérification, le livre journal a été rendu au médecin. Si le Dr X. n'obtenait pas satisfaction, il pourrait s'adresser à la justice par voie de référé devant le président du tribunal.

G. Gatineau,
Avocat à la Cour de Paris,
Conseil du « Sou Médical ».

Une assurance contre les accidents survenus au personnel domestique peut-elle imposer son médecin ?

Abonné depuis plusieurs années déjà au *Concours médical*, je viens m'adresser à vous pour obtenir le renseignement suivant :

Ayant eu des discussions avec un agent d'assurances, ce dernier refuse depuis quelque temps mes certificats quand il s'agit d'assurances de domestiques ou d'assurances personnelles. Il envoie un confrère pour faire le certificat et même pour soigner le blessé. A-t-il le droit d'agir ainsi ? J'ai vu les polices, elles disent simplement que le blessé doit faire constater l'état de la blessure par un médecin, mais sans stipuler lequel.

Vous me feriez plaisir de soumettre ce point de droit à votre avocat-conseil et je m'offre de payer la consultation s'il le faut.

Réponse

Pour les assurances domestiques, les assureurs ont le droit d'imposer à leurs assurés une clause spécifiant que tous les malades ou blessés, couverts par la police, seront vérifiés, ou même soignés par leurs seuls médecins agréés.

Nous sommes ici sous l'empire du droit commun et non pas sous celui de la loi de 1898, sur les accidents du travail.

Pour que nous puissions apprécier le bien fondé de la conduite de l'agent, il nous faudrait avoir une police d'assurances.

Malheureusement, vous ne faites pas partie du « Sou médical », et il nous est impossible de consulter son avocat conseil.

Certificats de déclaration de maladies contagieuses.

Voudriez-vous avoir l'amabilité de me dire où je pourrais trouver les renseignements suivants :

1° Dans les grandes villes, est-ce l'administration municipale ou départementale qui doit payer les déclarations des maladies contagieuses ?

2° Quelles sont les grandes villes qui paient aux médecins les déclarations des maladies contagieuses, quel prix est fixé pour chaque déclaration ? Est-ce le même pour chaque grande ville ?

3° Sur quels principes se sont basés les confrères qui ont demandé le paiement pour la déclaration des maladies contagieuses ? La rougeole rentre-t-elle dans les maladies contagieuses ? Si oui, les villes qui paient les médecins pour la déclaration des maladies contagieuses paient-elles aussi la déclaration de la rougeole par le médecin ?

Réponse.

En principe, la déclaration des maladies contagieuses, rendue obligatoire, pour le médecin, par les lois du 30 novembre 1892 et du 15 février 1902, est gratuite. Aucune rémunération n'a été prévue pour le praticien.

Mais, dans quelques départements, le directeur du bureau d'hygiène a voulu associer les médecins au service de désinfection. A l'instar du Dr Gautrez, de Clermont, ces directeurs de bureaux d'hygiène ont fait ajouter un questionnaire sur les formules de déclaration des maladies contagieuses. Ce questionnaire, rempli par le médecin traitant, lui est payé 2 fr.

Mais, disons de suite que chaque département, chaque ville au-dessus de 20.000 habitants peut faire un règlement différent et accorder ou non un honoraire aux médecins traitants, qui, par leurs déclarations détaillées et surtout les indications qu'ils peuvent donner pour que les désinfections soient faites utilement et en temps opportun, peuvent aider le service public d'hygiène.

Mais les endroits où quelque chose a été fait, dans un sens pratique, sont ceux qui sont dirigés par un médecin. Partout ailleurs où la collaboration n'existe pas entre l'administration et le Corps médical, il n'y a rien de bien fameux.

La rougeole est comprise, sous le no 5, dans la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Vous trouverez tous les détails sur cette question dans l'*Agenda du Concours* 1911, p. 118 et 225.

Nous vous adressons ci-inclus un modèle de carte de déclaration pour la Seine-Inférieure.

Les médecins exerçant à la campagne sont payés 2 fr., pour leurs déclarations, mais non les médecins de Rouen. Pourquoi ? Nous ne savons.

Par le même courrier, nous prions le Dr Gautrez, directeur du Bureau d'hygiène de Clermont-Ferrand, de nous donner des renseignements sur le fonctionnement des déclarations dans le Puy-de-Dôme.

Nous restons à votre entière disposition pour vous fixer sur le détail de vos questions que vous nous avez posées d'une manière très générale.

Quelles situations peut-on trouver aux Colonies ?

Dégoûté d'une clientèle qui paye aussi mal en numéraire qu'en reconnaissance ou considération, talonné d'autre part par de pressants besoins d'argent provenant d'un passif dont j'ai dû m'alourdir pour faire mes études (ma famille est pauvre), et n'ayant pas les moyens de me procurer en France un poste plus lucratif, j'ai songé aux colonies, car je

suis encore jeune et ne demande pas mieux que de trouver dans mon activité bien employée le moyen de me libérer de tous les soucis qui m'écrasent.

Malheureusement, je ne possède à ce sujet que des données excessivement vagues. Quelles situations un médecin peut-il y trouver ? Quels avantages et quels inconvénients ? Je crois qu'il y a des postes donnés par le gouvernement, mais j'ignore quelles conditions il faut remplir pour les obtenir, s'il y a des concours ou examens spéciaux à passer et surtout comment ils sont rétribués. Y aurait-il quelque chose à faire au Maroc qui est une colonie neuve ?

Autant de renseignements qui me font complètement défaut et que je vous serais très reconnaissant de me donner si vous le pouvez, car mon embarras s'accroît de ce fait que j'ai besoin de trouver quelque chose où aucune mise de fonds préalable ne sera nécessaire. Je voudrais surtout que vous me disiez si, étant donnée une situation, vous me conseillez ou non de donner suite à mon projet.

Dr B.

Réponse.

Nous n'avons pas de renseignements très précis sur l'organisation de la médecine aux colonies. Mais le « Sou médical » a déjà dû prendre la défense de quelques adhérents, résidant aux colonies, pour les soutenir dans leurs luttes contre l'arbitraire de certains administrateurs.

Pour ces nominations aux colonies, il faudrait demander des renseignements au Ministère des Colonies.

Nous avons publié, dans l'*Agenda du Concours*, 1912, pp. 17 et 20, les conditions réservées aux médecins de colonisation en Algérie et en Tunisie et p. 34, en Indo-Chine et en Afrique occidentale Française.

Pour l'Algérie, comme vous pourrez le voir, dans le *Concours* 1913, p. 2840, il existe un concours pour le recrutement des médecins de colonisation. Pour les renseignements, il faut s'adresser au gouvernement général de l'Algérie, direction de l'intérieur, 2e bureau.

Vous savez de plus que quelques médecins aides-majors de réserve ont demandé à servir comme médecins militaires au Maroc, en s'adressant au ministère de la guerre.

Vous avez enfin les postes de médecin à bord des navires de commerce et paquebots transatlantiques, Messageries maritimes, etc.

Nous pourrons vous faire donner des renseignements, si vous le désirez. (Voir *Agenda du Concours*, 1911, p. 31.)

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de la laryngite tuberculeuse par le rouge écarlate (*Scharlach-rot*). — On se sert de rouge écarlate incorporé, dans la proportion de 10 p. 100,à un mélange par parties égales d'huile de sésame et de vaseline. On touche deux fois par jour. Le traitement, ni irritant, ni toxique, ni douloureux, a donné les résultats suivants sur un grand nombre de malades de l'Albany Hospital : atténuation très rapide de la douleur, tendance à la cicatrisation et, dans les cas non encore ulcérés, diminution très marquée de l'infiltration et de l'œdème.

(*Sem. méd.*).

HINMAN,

Traitement du cancer cutané par l'acide salicylique. — La couche grisâtre qui recouvre la lésion est enlevée soigneusement à l'aide d'une pince, et la lésion est tamponnée avec un coton imbibé d'eau boriquée jusqu'à léger saignement On projette ensuite, à l'aide d'un soufflet, de l'acide salicylique pulvérisé et on applique encore, par-dessus, une couche d'acide salicylique cristallisé. On recouvre de gaze et on renouvelle tous les deux jours.

Le traitement est assez douloureux, mais il aurait amené la guérison, en trois à huit mois, dans les neuf cas où il a été essayé.

WEINBRENNER (de Coblentz).

(*Sem. méd.*).

Traitement des fissures anales par les cautérisations à la teinture d'iode. — Un aide met bien en évidence la fissure. On la lave à l'eau bouillie et on passe dessus un pinceau imbibé de teinture d'iode. On recommence trois ou quatre fois, en mettant trois ou quatre jours d'intervalle entre chaque séance.

La douleur est assez vive, mais ne dure que quelques minutes. La cicatrisation complète est de règle à la quatrième cautérisation.

MASCHAT (de Tulle).

(*Province médicale.*)

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par le sérum anti-méningococcique de Dopter. — Ce traitement, déjà conseillé par S. Chauvet, a-

été appliqué dans une vingtaine de cas avec les résultats suivants :

1o Sédation presque immédiate de la douleur ;

2o Disparition constante de l'épanchement, dans la forme hydarthrose, du 4e au 6e jour ;

3o Chute de température remarquable ;

4o Amendement rapide et disparition en une semaine de la rougeur, de la chaleur et du gonflement, dans la forme pseudo-phlegmoneuse.

Les doses de sérum employées doivent être assez élevées : 20 à 30 centimètres cubes le premier jour, 20 centimètres cubes le surlendemain.

BARBÉ.

(*Arch. de méd. et de pharm. navales.*)

Traitement des hémoptysies par les injections de pituitrine. — 20 cas. 18 tuberculeux à la période d'induration, de ramollissement ou de caverne, 1 cancer secondaire du poumon, 1 infarctus pulmonaire — ont été traités par l'injection intra-musculaire — d'un centimètre cube de la solution de Parke et Davis (soit dix centigrammes de substance fraîche). Dans 19 cas, il y eut arrêt presque immédiat de l'hémoptysie ; rarement, il fut nécessaire de répéter l'injection — que l'on fit, la seconde fois, intra-veineuse.

On ne constata aucune réaction, ni locale ni générale.

MINET et MARTIN.

(*Echo médic. du Nord.*)

Les injections hypodermiques purgatives. — La méthode n'est pas nouvelle : Luton l'utilisait déjà en 1874. On emploie aujourd'hui l'aloès, le séné, et surtout le sulfate de magnésie, en solution stérilisée à 1 p. 10, dont on injecte 1 à 3 centimètres cubes sous la peau (soit dix à trente centigrammes de sulfate de magnésie, dose qu'il est inutile de dépasser.

L'effet, doux et prolongé, ne se produit qu'après 7 à 8 heures : il faut parfois, pour l'obtenir, répéter durant quelques jours l'injection.

La méthode doit être réservée aux cas où le purgatif ne peut être administré par la voie digestive (vomissements, coma, colique de plomb, ulcère stomacal, néoplasme, appendicite, aliénation mentale). A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE

Réunion du Conseil d'administration.

30 *avril* 1914.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, M. Mignon, Gassot, Vimont et Boudin, *secrétaire*.

M. Gassot, trésorier, annonce qu'il a reçu de Me Vicaire, notaire à Ambérieu (Ain), une lettre lui faisant savoir que M. le Dr Truchon, décédé le 2 avril 1914, lègue par testament à la Mutualité familiale une somme de cent francs en reconnaissance de l'aide qu'elle lui a prêtée.

Le Conseil accepte ce legs avec reconnaissance et donne tous pouvoirs à M. le Dr Gassot pour remplir toutes les formalités nécessaires à l'acceptation du legs, l'encaisser et en donner quittance.

Le nom du Dr Truchon sera inscrit sur la liste des Bienfaiteurs de la Mutualité Familiale.

Sur le rapport du secrétaire général, le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison MA.

MM. les Drs Denis, à Mâcon (Saône-et-Loire).
Meslier, à Paris.
Lasaygues, à Estrées-Saint-Denis (Oise).
Huriez, à Tourcoing (Nord).

Combinaison P.

M. le Dr Collignon, à Fresnay-sur-Sarthe (Sarthe).

Le Conseil ordonne le remboursement d'une somme de 1196 fr., représentant le total des cotisations contre-assurées versées à la combinaison R par le Dr Jalaber, de Nantes, décédé le 30 mars 1914.

Le secrétaire — *Le président,*
P. Boudin. — A. Maurat.

Association générale des Médecins de France

Assemblée générale du 17 mai 1914

L'assemblée générale de l'A. G., retardée à cause des élections législatives, s'est tenue le dimanche 17 mai, à la Faculté de médecine.

Le Prof. Gaucher, président, ouvrit la séance par un discours dans lequel il réclama l'union de tous les médecins, pour marcher sous la bannière de l'A. G. « l'alma mater », pour la défense du corps médical tout entier.

Puis, selon le protocole habituel, les comptes sont adoptés, non sans que l'assistance ait voté de chaleureuses félicitations au Dr Darras, trésorier général. Du reste, au moment des élections, le dévoué trésorier fut maintenu dans ses fonctions, par acclamations unanimes de tous les présents. A la proclamation du vote, est élu vice-président, en remplacement du Dr Gassot, démissionnaire : le Dr Butte, de Paris.

Les six conseillers sortants ont été réinvestis : MM. Ball, Bazot, Créquy, Gilson, Richard-Lesay et Séailles.

Ont ensuite été élus, en remplacement de MM. Vimont, Maurat et Bouland, démissionnaires, et de M. Butte, nommé vice-président : MM. Constans, député, Angelvin, Paul Guillon et Philippeau.

La question des pensions d'ancienneté a donné lieu à une joute oratoire entre le secrétaire général, le Dr Cerné, de Rouen, et le Dr Lepage, d'Angers.

Finalement, liberté entière a été laissée aux sociétés locales pour organiser ou non ces pensions d'ancienneté.

Le rapport du Dr Levassort, secrétaire général, a provoqué des discussions passionnées.

Malgré les efforts du Dr Créquy, qui demandait le relèvement obligatoire de la cotisation, pour permettre de soulager plus d'infortunes, toute latitude a été laissée aux sociétés unies, pour faire des dons, selon leurs ressources, à la caisse des veuves. La cotisation reste fixée au minimum de 12 francs.

Quant à l'affiliation des femmes de médecins dans les sociéés locales, aucune pression ne doit être faite, mais cette admission doit être encouragée, bien que ne présentant pas le même intérêt que le recrutement de la caisse spéciale pour femmes de médecins, fondée par la Société centrale.

Un long travail cartographique, dû aux docteurs Levassort et Darras, vint apporter des précisions sur une proposition pour le mode de nomination des membres du Conseil général. La Société de la Manche faisait remarquer, avec de justes raisons, que certaines sociétés, assez nombreuses, n'étaient pas représentées au sein du Conseil général.

Le secrétaire général fit observer que les fonctions étant gratuites, on était obligé de laisser les candidatures se manifester spontanément, car on recherchait surtout la présence aux réunions mensuelles du Conseil. Néanmoins, le

bureau fera tous ses efforts auprès des Sociétés unies, pour qu'elles provoquent des candidatures parmi leurs membres susceptibles de venir quelquefois à Paris.

La discussion se fit plus ardente sur la question suivante : quelle interprétation donner au paragraphe E de l'article 5 des statuts, pour les mots « aide et protection » ?

Le secrétaire général, dans son rapport, demandait le statu quo.

Le Dr Delpeut fit remarquer combien il était dangereux, pour l'A. G., de donner son appui pécuniaire à ses membres, pour les aider dans des procès professionnels, car la justice est loin d'être gratuite en France et les budgets de sociétés faisant de la défense professionnelle, comme le « Sou médical », doivent être considérables, pour faire tous les frais occasionnés par certains procès.

Le Dr Paul Guillon, de Paris, intervint alors pour dire qu'à son avis, l'assemblée générale de l'A. G. était seule qualifiée pour parler au nom du corps médical tout entier.

Les délégués n'ont-ils pas été nommés à deux degrés ? En effet, pour faire partie d'une société locale, il faut avoir été admis par ses confrères ; puis, ceux-ci désignent à l'élection les délégués à l'assemblée générale.

Voici donc assemblée l'élite du corps médical, et cette élite a le droit de parler au nom de tous les médecins de France. L' A. G. peut dépenser son argent comme elle le veut, car elle n'est pas qu'une société de secours mutuels.

Le Dr Decourt proteste alors, en démontrant que l'argent appartient aux miséreux de la profession, aux veuves et aux orphelins. Cet argent doit nous être sacré, puisqu'il existe d'autres sociétés, dont le seul but est la défense des intérêts professionnels.

Le Dr Delpeut : « Je demande le renvoi aux sociétés locales qui auront à se prononcer sur le point de savoir si l'A. G. peut dépenser notre argent en frais de procédure. Car la loi sur la mutualité a bien précisé notre but, puisque nous sommes société approuvée et que l'article 2 de cette loi dit que tous les membres auront les mêmes avantages. Donc, si nous soutenons un confrère, nous devrons également soutenir tous ceux qui seront poursuivis. »

Le secrétaire général s'oppose au renvoi aux Sociétés locales. « Attendons, dit-il, que le Conseil d'Etat se soit prononcé sur l'affaire Heitz. Nous saurons alors si nous avons le droit de faire de la défense professionnelle.

Il en est ainsi ordonné.

Mais la bataille recommence à propos du vœu du Loir-et-Cher : l'A. G. doit-elle se spécialiser dans les question de mutualité ?

Le Dr Levassort proclame l'autonomie de chaque société locale : « nous ne pouvons pas leur donner l'ordre de faire ou de ne pas faire de défense professionnelle. »

Quant au Conseil général, il n'est que le serviteur de ces sociétés locales et il s'occupe de questions de défense professionnelle toutes les fois qu'une société unie lui pose une question.

Le Dr Decourt demande au secrétaire général ce que signifie la ligne de points qui figure, dans son rapport, justement sur cette question.

Le Dr Levassort répond que, dans la deuxième partie de son mémoire, il n'a été que le rapporteur de la commission des vœux et du Conseil général ; il a donc dû se conformer aux désirs de ses collègues et supprimer une page de son projet de rapport. Ces points ne sont en réalité qu'un artifice typographique.

Le Dr Barbanneau demande qu'on précise comment le Conseil général entend faire cette défense professionnelle, car il craint que, selon les questions soulevées, il n'y ait deux poids et deux mesures. C'est ainsi que, la veille, le Conseil général a refusé de participer au Congrès des Praticiens, qui cependant est une grande manifestation corporative. Il demande donc à l'Assemblée de voter l'adhésion de principe de l'A. G. au Congrès des Praticiens.

Le Dr Paul Guillon vient alors citer l'exemple des sociétés d'arrondissement de Paris, qui font de la défense professionnelle, tout en s'occupant de questions scientifiques. Le Conseil général des sociétés d'arrondissement a refusé d'adhérer au Congrès des Praticiens ; l'A. G. peut donc en faire autant, d'autant que l'Assemblée générale est incompétente pour voter cette question.

Alors se produit un tohu bohu indescriptible ; certains membres demandent la clôture et le passage à l'ordre du jour ; d'autres protestent avec énergie, prétendant qu'on escamote la discussion. Le président met deux fois la cloture au vote ; des confrères soutiennent n'avoir pas compris sur quoi on les faisait voter.

Bref, on décide de passer à l'ordre du jour.

Le Dr Levassort, néanmoins, tient à préciser que l'A. G. doit son concours aux sociétés unies qui le réclameraient. C'est ainsi qu'il cite la société de l'Inde française, qui, à défaut de syndicat local, a dû s'occuper des procédés des empiriques indigènes, qui font de l'exercice illégal.

Le bureau de l'A. G. a fait des démarches et a été assez heureux pour donner satisfaction aux confrères coloniaux.

Le Dr Levassort conclut que chaque société locale est libre de faire ce qu'elle veut : mutualité pure, ou défense professionnelle ; mais le Conseil général continuera à s'occuper de toutes les questions qui lui seront soumises.

Le Dr Gautrez, de Clermont-Ferrand, prenant acte des paroles du secrétaire général, qui avait déclaré que le Conseil général n'était que le serviteur des sociétés locales autonomes, en tire la

conclusion que le Conseil général ne doit s'occuper que des questions qui lui sont soumises par les sociétés unies, mais qu'il ne peut à lui seul en prendre l'initiative, pour ce qui concerne la défense professionnelle.

On passe ensuite au vœu de l'Yonne, relatif à l'affichage des postes médicaux vacants.

Après que le secrétaire général eut exposé les motifs, pour lesquels la commission des vœux fut d'avis de ne pas prendre en considération le vœu formulé par la société de l'Yonne, le Dr Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, vint montrer que, dans certains cas, la politique se mêle à l'affaire et qu'il est très difficile d'arriver à une solution pratique.

Le Dr Courtin exposa comment, à Bordeaux, la Société locale a pu obtenir un excellent résultat. Grâce au doyen de la Faculté de médecine, le Prof Sigalas, ne sont affichés à la Faculté que les avis émanant de confrères, ou de veuves de confrères.

Dans les hôpitaux, les commissions administratives sont plus indifférentes aux desiderata des médecins : aussi la société de la Gironde va-t-elle faire faire des tableaux grillagés, où seront affichés dans les hôpitaux les postes médicaux vacants. Ces tableaux porteront en tête : Association des médecins de la Gironde.

Quant à la presse médicale, il est facile d'obtenir quelque chose des organes professionnels, dirigés par des médecins, alors que nous n'avons aucune action sur les très nombreux journaux qui appartiennent à des pharmaciens ou à des firmes exploitant des spécialités.

Enfin, bien tard, vint en discussion le problème des étudiants étrangers. Chacun voulut donner son avis : les étrangers ne pourront exercer en France qu'après avoir fait les mêmes études que les Français, après avoir obtenu la naturalisation, après avoir satisfait aux exigences militaires, etc.

Bref, l'assemblée se sépara, après que le bureau eut promis de faire pour le mieux, pour obtenir quelque chose du législateur, pour défendre les intérêts des médecins français.

Le soir, banquet, terminé par un seul discours : celui du président, M. le Prof. Gaucher, qui rappela la décoration du dévoué trésorier général, Dr Darras, et aux applaudissements de tous, déclara que cette croix d'honneur avait fait plaisir à dix mille médecins français.

Nombreux étaient ceux qui commentaient les événements de la journée. Pourquoi cette division du corps médical ? disaient les uns. On dirait qu'il y a de l'hostilité entre l'A. G. et l'Union des Syndicats. Pourquoi le Congrès des Praticiens n'a-t-il pas coïncidé, comme date, avec cette assemblée ? Nous ne pouvons pas venir deux fois de notre province en si peu de temps. Vraiment, disaient les autres, on serait tenté de croire qu'un syndicat d'antisyndicalistes est à la veille de se former. Il est regrettable de voir, comme cet après-midi, des médecins bien intentionnés, entrer en fureur, dès qu'on prononce le nom de syndicat devant eux. Et pourtant, ce sont les lois de 1884 et de 1892 qui ont ainsi baptisé nos groupes de défense professionnelle.

Magie des mots, disaient d'autres. Nous aurions moins d'adversaires, si nos syndicats s'étaient appelés Chambres syndicales ou Associations professionnelles, ou bien encore Amicales de médecins.

C'est la lutte des anciens et des modernes, chuchotait derrière nous un vaillant combattant de la province.

Cependant que la foule s'écoulait, nous songions au bien que pourraient faire toutes ces associations, syndicats, sociétés diverses, si chacune voulait bien se pénétrer de son but légal, de sa véritable destination, et si les dirigeants de chacune d'elles commençaient par méditer les lois qui régissent ces différents groupes, puis réfléchissaient aux besoins spécialisés des médecins affiliés.

Nous assistons à un véritable malaise, devant cette course des sociétés à celle qui fera le mieux la défense professionnelle. A force de vouloir trop embrasser, on fait de la mauvaise besogne, A chacun son métier... et les intérêts médicaux seront bien gardés.

Souhaitons une franche et loyale explication entre sociétés diverses, pour que, le rôle de chacun étant bien limité, elles puissent marcher d'accord pour le plus grand bien de la profession médicale, comme pour la défense des intérêts de ceux qui placent en nous leur confiance : nos malades. Et si elles doivent différer et même batailler entre elles, que ce soit pour des *idées* et non contre des *personnes*, faute de quoi, le corps médical organisé (!) ne ferait qu'offrir à nos yeux attristés le spectacle déprimant que vient de nous donner la politique des « mares stagnantes ».

Dr Paul Boudin.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La mutualité et la liberté de la Presse.

Jadis, il existait une Loi concernant le sacrilège, punissant sévèrement ceux qui avaient mal parlé de la religion, ou s'étaient livrés à des actes de profanation des choses cultuelles ; ceux qui aussi par leur attitude, avaient protesté contre

certaines manifestations religieuses, comme par exemple le refus de saluer les processions. Il exista également une loi pour punir les crimes de lèse-Majesté, loi peut-être encore en usage dans certaines monarchies comme l'Allemagne et la Russie. Ces lois ont été abolies dans notre pays, mais si le crime de sacrilège ou de lèse-Majesté n'existe plus chez nous, il existe un nouveau crime, c'est celui de lèse-Mutualité.

Dans l'ancien régime, des peines sévères édictées par les tribunaux réguliers punissaient les auteurs soit de sacrilèges, soit de lèse-Majesté. A l'heure actuelle, le crime de lèse-Mutualité est puni de la révocation, quelquefois déguisée sous le nom hypocrite de séparation. Il était juste que la Mutualité maintînt des pénalités sévères contre ceux qui auraient tenu des propos malveillants à son égard ; à l'heure actuelle, elle représente la religion d'Etat et ses grands pontifes ne sont en réalité que les officiants d'une nouvelle religion laïque.

Oyez ce fait personnel : Dernièrement j'avais demandé au secrétaire général d'une Mutualité dont j'étais le médecin, des imprimés nécessaires à mon exercice professionnel. L'envoi m'en fut fait, accompagné de la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur,

En réponse à votre honorée d'hier, vous trouverez sous ce pli une feuille d'émargement et quelques ordonnances. J'ai d'autre part le regret de vous informer qu'à compter du premier avril prochain vous ne serez plus médecin de la Société X... Depuis deux années, nous n'avez eu dans cette Société que 5 francs d'honoraires. Il est donc inutile de vous demander plus longtemps votre concours.

Je vous serais obligé de bien vouloir me réclamer du premier au 15 avril, les honoraires qui pourraient vous être dus jusqu'au 31 mars 1914 inclus.

Veuillez agréer, etc...

Le secrétaire : K.....

A la réception de cette missive, j'écrivis au Président la lettre suivante :

Paris, le 21 mars 1914

« Je suis informé par une lettre du secrétaire de la Société non contre-signée du Président, qu'à partir du premier avril, je n'appartiendrai plus au service médical de la Société X.... C'est en réalité une révocation dont vous ne me fournissez pas les raisons. Cette donnée est tellement puérile qu'elle ne peut que masquer des motifs plus réels que je serais heureux de connaître. Vous me dites que depuis deux ans, mes honoraires se chiffrant par une note de 5 fr., il est donc inutile de me demander plus longtemps mon concours. Si c'est uniquement parce que ma note d'honoraires ne s'élève qu'à une somme modique, vous ne devez pas avoir à vous en plaindre, je ne grève pas ainsi le budget de votre Société. Moi seul pourrais m'en étonner et me demander si, pour un motif quelconque, peut-être intéressé, mon cabinet médical n'a pas été mis à l'interdit. En tout cas, je ne pense pas que ce soit là un motif de révocation d'un docteur appartenant depuis plus de quinze ans au service médical de votre Société.

Je serais heureux de savoir quel reproche vous pouvez m'adresser au point de vue professionnel et me communiquer les plaintes adressées par les sociétaires me concernant. On ne renvoie pas un ancien collaborateur sans un motif sérieux. Ce sont ces motifs que je désire connaître.

Dans l'espoir d'une prompte réponse, veuillez agréer, Monsieur le Président, etc... »

Cette lettre motiva la réponse suivante :

Monsieur le Docteur,

Votre lettre recommandée du 26 courant a été communiquée au Conseil d'administration par notre Président à qui vous l'aviez adressée. Ces Messieurs, m'ayant imposé la tâche ingrate de vous répondre, je m'exécute, et tout d'abord, vous avez parfaitement raison de dire *que le motif invoqué par moi*, dans un sentiment de discrétion toute naturelle, *est un motif absolument puéril.* Sur ce point nous sommes tous d'accord. Les trois questions posées dans votre missive n'ont rien de redoutable. Voici d'ailleurs les solutions qu'elles comportent

1° La *moindre plainte n'a jamais été formulée contre vous par aucun de nos sociétaires.*

2° *Nul reproche ne vous est fait au point de vue professionnel.* (J'entends par cette expression la stricte observation du règlement de la Société).

3° Enfin, la prétention stupide et j'ajoute incompréhensible de mettre votre cabinet médical en interdit ne pourrait provenir à mon sens que d'un cerveau méchant ou malade, mais quel intérêt pourrait bien présenter une si déloyale manœuvre. En vérité, Monsieur le Docteur, cette dernière question me paraît étrange. Viseriez-vous l'un de nos administrateurs, ou, ce qui serait plus singulier encore, un de vos confrères ? S'il en était ainsi et si vous pouvez fournir des précisions, pourquoi ne pas vous expliquer plus clairement.

Parlons *maintenant de ce qu'il vous plaît d'appeler une révocation* — nous *disons, nous, simplement une séparation* — et puisque malgré notre désir de rompre sans éclat, vous tenez à savoir le mobile exact qui a dicté depuis plusieurs mois déjà la décision du Conseil, vous allez l'apprendre.

Au commencement de l'année dernière, et quelques jours après la publication de la liste des Médecins de notre Société, liste sur laquelle vos noms, adresse, jours et heures de consultations figuraient encore, on *nous communiquait un article rédigé par M. le Dr M. Vimont, article portant comme sous-titre « Dédié aux médecins de la Mutualité »*. La conclusion en était formulée en des termes amers que nous n'aurions jamais cru trouver sous la plume d'un médecin désireux, si

je vous comprends bien, de continuer sa collaboration toute philanthropique à l'œuvre organisée par une Société de secours mutuels.

Pourquoi donc, M. le docteur, voulez-vous rester parmi nous, alors que les Sociétés Mutuelles ne sont en réalité qu'une exploitation méthodique et systématique du corps médical ?

Nous aurions compris cette véhémence d'un docteur hostile aux Mutualités, nous ne l'avons pas *encore* digérée de la part d'un médecin qui depuis plus de 15 ans était attaché à notre Société. Nous ignorons l'état d'esprit des autres groupes, mais lorsque nous faisons appel aux médecins, nous n'avons jamais eu la malhonnête arrière-pensée de les exploiter. Nous *comptons sur leur générosité, car nous sommes pauvres. Nous sommes des mendiants et non des détrousseurs.*

Avec tous nos regrets et nos respectueuses salutations.

Pour le Conseil d'administration et par ordre.

Le secrétaire ....: X.....

Il résulte de ceci : je fus révoqué de l'avis du Conseil, non pour un manque à mon service ni sur la plainte d'un malade. Je n'ai jamais en aucune façon visé les personnalités importantes de cette Société, ni les actes du Conseil. Ce que j'ai écrit dans le *Concours médical* n'est qu'une appréciation générale sur la forme et le rôle social de la Mutualité avec son organisation actuelle, je n'ai fait qu'écrire des choses publiées également dans d'autres journaux, des vérités reconnues telles, même par un grand nombre de dirigeants de la Mutualité. Nos pères, jadis, ont élevé des barricades pour obtenir la liberté de la pensée et de la parole, ils ont lutté pour obtenir la liberté des réunions et la liberté de la presse. Si ces libertés, qui découlent de la déclaration des Droits de l'Homme, existent pour la majorité des Français, ces libertés n'existent pas pour les médecins appartenant aux Mutualités ; la grande Mutualité ne se contente pas d'être un fléau social, servant de tremplin à des politiciens sans vergogne ou à des administrateurs en mal de rubanite, elle devient un organisme de tyrannie et de violation de la pensée humaine.

Si S. M. signifie « Société Mendiante » elle signifie pour nous autres médecins « Servitude Muette ». Serons-nous obligés de garder le mutisme de nos officiers appartenant à cette grande muette qu'on appelle l'armée ? N'aurons-nous jamais le droit de formuler nos desiderata ouvertement ? N'aurons-nous jamais le droit de faire des critiques sur le rôle social et le fonctionnement de la Mutualité ? Serons-nous obligés de parler à voix basse, et de formuler nos griefs d'une voix eunuchoïde ? Je ne pense pas. Les médecins sauront prouver qu'ils sont des hommes et qu'ils ne sont pas de muets servit eurs de la Mutualité. Ils mépriseront les foudres de carton de la Mutualité et continueront à remplir leurs devoirs et à dire la vérité.

Il y a des sanctions qui honorent les individus, et c'est avec fierté que je signe :

Dr M. VIMONT,
Médecin de Mutualité révoqué.

CHRONIQUE SYNDICALE

Le pire ennemi du syndicalisme : l'indifférence.

A la dernière assemblée générale du syndicat médical de Paris, le Dr de Pradel, président, a prononcé un très intéressant discours dans lequel il dénonce certaines erreurs professionnelles.

Après avoir donné quelques exemples de l'aberration de jeunes médecins, qui tentent de s'attirer une clientèle naissante par des réclames inadmissibles, après avoir fait un appel chaleureux à la solidarité professionnelle, tant pour l'action commune que pour l'aide à donner aux vaincus de la profession, le Dr de Pradel flagelle, de main de maître, ceux qui sont les pires ennemis de l'action syndicale : les indifférents.

Qui donc empêche tous ces groupements pleins de bonnes intentions, où tant de bonnes volontés ne demandent qu'à agir, d'assurer le triomphe définitif de nos revendications et de nos légitimes espérances

Qui ? Je vais vous le dire, Messieurs !

Ceux d'entre nous qui entravent notre mar che ascendante vers le mieux-être, ceux qui retardent la réalisation de nos rêves les plus modérés et les plus justes, ce ne sont pas ceux qui ne pensent pas comme nous ; ce ne sont pas ceux qui *combattent* nos idées sur le syndicalisme et l'association

Non, ceux-là sont des *agissants*, des adversaires, donc des agents utiles au mouvement, à l'action.... Nous les convaincrons un jour.

Nos seuls ennemis, je les démasque : CE SONT LES INDIFFÉRENTS !

Quelle belle devise, mes chers confrères, est celle qui, de tous temps, a inspiré les hommes d'action :

« Nihil a me alienum puto »

Quelle vilaine devise, au contraire, l'*indifférent* semble avoir faite sienne :

« Omnia a me aliena puto »

La première de ces devises est celle qui a guidé

les hommes comme Championnière. Notre groupement portera longtemps le deuil de cet illustre collègue !

La seconde est celle de tous ceux pour qui *tout* n'est *rien* !

L'*indifférent*, voilà l'ennemi de tout progrès, l'obstacle qui barre notre route, l'adversaire qu'aucune énergie ne peut vaincre, parce qu'il se dérobe continuellement.

L'*indifférent* n'est pas même un égoïste, pas davantage un paresseux. L'égoïste comprend très bien ses intérêts et le paresseux ébauche, parfois, une action qu'il ne prend pas la peine de suivre jusqu'au bout, mais qu'il reprendra, peut-être, un jour.

L'*indifférent, lui*, n'a aucun but. Il ne cherche même pas à excuser son inaction par un scepticisme commode ; il ne dit pas : « *Que sais-je* ? » Il avoue, cyniquement : « *Que m'importe* ! »

C'est lui, n'en doutez pas, le grand ennemi de nos groupements, lui qui fausse les statistiques et fait dire à nos adversaires du dehors : « Quel compte voulez-vous qu'on tienne de l'opinion de ces médecins ? Ils prétendent parler au nom de leur corporation et leurs groupements ne comptent pas même un tiers des représentants de leur profession ! »

L'*indifférent* se cache, parfois, sous le masque respectable de l'*indépendant*, et, en ce faisant, il est plus dangereux encore, puisqu'il enlève à tout esprit tolérant la possibilité même de le combattre par des arguments probants.

Contre l'*indifférent*, aucun raisonnement ne vaut.

Rien ne peut-il donc le toucher ?

Si, et ce serait vraiment mal connaître l'humanité que de croire à l'immuabilité de l'homme :

Pour que l'indifférent se transforme, il suffit, parfois, qu'un événement survienne qui bouleverse sa vie, le touche dans ses œuvres vives et lui ouvre, enfin, les yeux et l'esprit à la compréhension des choses.

Hélas ! Messieurs, l'événement fatal, le cataclysme, la ruine et l'effondrement des illusions sont choses bien fréquentes dans l'existence des hommes et dans la carrière des médecins !

Nous en connaissons — tous — des exemples attristants ! Lorsqu'une calamité semblable tombe, comme un coup de foudre, dans l'atmosphère trompeusement sereine de l'indifférent, combien il se transforme et devient *ardent* pour réclamer aide et secours au nom de la solidarité !

Il faut le plaindre alors, et lui tendre, sans rancune, une main secourable. C'est, je ne puis en douter, la seule conclusion que chacun de vous a déjà tirée de cette diatribe, que je m'excuse de vous avoir présentée en termes si insuffisants.

Permettez-moi, cependant, d'y ajouter encore une conclusion personnelle et laissez-moi souhaiter qu'il n'existe plus, à l'avenir, parmi les médecins, *aucun indifférent*..... »

Nous ne saurions trop nous associer aux paroles du dévoué président du Syndicat médical de Paris, car nous pourrions lui fournir de nombreux exemples, à l'appui de sa thèse.

Au « Sou médical », nous voyons tous les jours les regrets cuisants de certains confrères, qui n'ont pas voulu, dans le temps, se rendre à l'évidence et croire à l'imminence du danger professionnel.

« Laissez-nous donc tranquilles, avec votre « Sou ». Pour moi, c'est bien simple : lorsqu'un client refuse de me payer, je passe la note aux profits et pertes.

— Oui, lui répondons-nous, mais si à votre tour vous êtes attaqué ? poursuivi en responsabilité ?

— Bah ! j'ai une assurance qui me couvre pour 50.000 francs.

— Mais les procès médicaux ne font pas souvent l'objet d'une défense en responsabilité professionnelle : vous pouvez être poursuivi au correctionnel pour violation de secret professionnel, pour un client qui aura été lésé par un certificat que vous aurez délivré à des tiers. L'assurance ne vous couvrira pas, dans ce cas. Vous pouvez être poursuivi par une compagnie d'assurances accidents, pour abus de visites ou de prescriptions pharmaceutiques. Vous pouvez être appelé en garantie, au cours d'un procès, qui, *à priori*, ne vous intéresse pas. Vous pouvez, à l'occasion d'un jugement qui vous est favorable, être brusquement appelé à vous défendre en cassation, le pourvoi de vos adversaires ayant été admis par la chambre des requêtes. L'assurance ne pourra pas encore venir à votre secours.

Vous pouvez, à cause de vos opinions politiques de libre citoyen, vous voir déposséder brutalement de votre poste de médecin de l'hôpital, de médecin de l'assistance ou de la protection du premier âge. Il vous faut aller en conseil d'Etat.

C'est une note d'honoraires, pour un accident du travail, sur laquelle un prétendu service médical d'assurances rogne les trois quarts. Lorsque cette petite histoire se sera renouvelée dix fois de suite, ne vous révolterez-vous pas et ne serez-vous pas content d'opposer au contentieux de l'assurance celui du « Sou médical » qui arrive à s'acquérir une grande expérience et une documentation considérable sur ces questions spéciales ?

— Boniment ! répondrez-vous. Le jour où j'aurai un ennui, je saurai bien m'adresser au 132 du faubourg Saint-Denis, et comme vous êtes de bons confrères, vous ne me laisserez pas dans l'ennui. Donc, pourquoi vous donner aujourd'hui même mes 20 frs de cotisation ?

Que de fois, hélas, n'avons-nous pas entendu ce raisonnement ! Que de fois aussi n'avons-nous pas reçu des lettres navrées de confrères qui demandent d'urgence, l'appui moral du « Sou », ses avis et ses conseils, pour une tuile professionnelle qui, subitement, vient de choir sur leur tranquillité et leur douce quiétude !

Oui, comme le Dr de Pradel, nous préférons, au cours de nos tournées de propagande, rencontrer des contradicteurs, qui nous opposent leurs idées, leurs griefs. Nous discutons et toujours nous nous mettons d'accord, après de franches et loyales explications.

Mais malheur à nous, lorsque, dans la salle, se trouve nombre d'indifférents, que rien ne touche, que rien n'émeut. Ils écoutent, sans mot dire, puis s'en vont.

Ce sont les pires ennemis du corps médical, parce qu'ils entravent l'action en avant. Leur scepticisme, leur indifférence, leur sourire moqueur glacent les tièdes et les timides, ceux qui sont effrayés par l'ardeur combative des dirigeants professionnels. Jusqu'au jour où ces individualistes extrêmes ont un ennui personnel : alors, toute la profession est atteinte : il s'agit d'une question de principe général et on ne mettra jamais assez de dévouement, de hâte, ni d'ardeur à prendre leur défense. Aussi, disons-nous volontiers, avec le Dr de Pradel : sus aux indifférents.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

I

Les livrets des nourrices sur lieu.

Voici une petite question para-médicale qui peut, à l'occasion, intéresser les praticiens et que, dans cette intention, je découpe, pour nos confrères du *Concours*, dans « *La Municipalité française* » du 10 mai 1914, le « journal administratif des communes ». C'est, je crois, la première fois que la *non-obligation* d'un tel livret est déclarée par un tribunal.

Donc, par jugement du tribunal correctionnel de la Seine, 8e chambre, sous la présidence de M. Chaptal, un sieur G.., tenancier d'un bureau de nourrices qui avait placé comme nourrice sur lieu une nommée D..., Marie, sans lui remettre de carnet, a été renvoyé des fins de la prévention, sans dépens, attendu que le préfet de police ne pouvait créer un livret de nourrice sur lieu non prévu par la loi.

Voici quelques attendus

Attendu qu il résulte des termes formels de la loi du 23 décembre 1874 et notamment de l'article 1er de cette loi que le législateur a entendu créer une surveillance et une protection exercée par l'autorité publique uniquement à l'égard des enfants placés moyennant salaire en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile de leurs parents, et qu'il a laissé en dehors de ses prévisions les enfants qui, allaités sur lieu, peuvent être, ainsi que leurs nourrices, l'objet, de la part de leurs parents, d'une surveillance directe et constante, qui doit suffire à sauvegarder leur vie et leur santé sans que l'autorité publique ait à intervenir....

Attendu, il est vrai, que l'usage paraît établi à Paris de délivrer également des livrets aux nourrices sur lieu ;

Mais attendu que ces livrets, qui ne contiennent d'ailleurs pas les mentions exigées par la loi de 1874 et le décret de 1877, n'ont rien d'obligatoire ; qu'aucune disposition légale ou réglementaire n'impose aux nourrices l'obligation de s'en pourvoir, ou aux placeurs celle de le leur faire obtenir et de le leur remettre ;

Attendu que l'administration soutient que le livret des nourrices sur lieu aurait été créé par un arrêté du préfet de police ; que son existence aurait été consacrée par l'article 6 de l'ordonnance de police du 1er février 1878 ;

Mais attendu que la date de l'arrêté dont il s'agit n'a pu être indiquée par l'administration ; que son texte n'a pu être produit ; que par suite il n'est pas justifié de son existence ; que d'ailleurs cet arrêté *n'aurait pas pu être pris* en vertu de la loi du 23 décembre 1874 ou des règlements d'administration publique du 27 février 1877, puisqu'il aurait eu pour but de régler une situation *autre* que celle qui fait l'objet de ces documents législateurs, etc... »

D'où il suit, confrères, que si quelque jour l'Ad-mi-nis-tra-tion cherche pouille à une nourrice sur lieu chez un de vos clients, vous serez ainsi documentés pour pouvoir conseiller à votre client de fermer sa porte à ladite administraion, toujours désireuse de fourrer son nez partout où elle n'a que faire.

Dr Fernand DECOURT.

II

La protection des enfants du premier âge. L'ignorance des nourrices cause la mort de bien des nourrissons (1).

Pendant que tous les peuples qui nous entourent voient leur population s'accroître annuellement dans de notables proportions, nous constatons, hélas ! que la natalité comble à peine chez nous les vides qu'y fait la mortalité !

On a proposé bien des moyens pour augmenter

(1) *Bull. de l'Assist. publ. de province*, n° 7.

en France le nombre des naissances, mais tous ces patriotiques conseils n'ayant point encore produit des effets appréciables, on s'est demandé s'il ne serait point préférable de mieux soigner les enfants qui naissent sur notre territoire et de conserver ainsi une bonne partie de ces intéressantes victimes d'une mauvaise hygiène qui disparaissent après quelques mois d'existence.

Devons-nous en effet, nous contenter des progrès qui ont été réalisés à ce sujet depuis quelques années ? Nous ne le pensons pas, car nous constatons que sur 92.622 enfants de 1 jour à 1 an qui sont décédés en France en 1909, 25.772 ont succombé par suite de maladies gastro-intestinales, et qu'en 1910, sur 88.03 décès d'enfants du même âge, ces maladies en ont emporté 21.652.

Or la gastro-entérite des nourrissons est dans la grande majorité des cas, une maladie que l'on peut éviter par des soins hygiéniques, ou que l'on peut guérir quand on la combat dès son début et, si nous nous en rapportons aux excellents résultats obtenus dans le département du Var par le service de la protection des enfants du premier âge, il serait relativement facile de sauvegarder l'existence des deux tiers de ces infortunées victimes de l'incurie ou de l'ignorance de leurs nourriciers.

Cette opinion fut aussi celle de M. Steeg, ancien ministre de l'Intérieur, qui, par une circulaire adressée à tous les préfets, les engagea vivement à réclamer le concours de toutes les personnes qui s'occupent de puériculture et surtout à répandre par la voie de la presse, les notions d'hygiène infantile qui sont si peu connues et surtout si peu respectées par les populations industrielle et agricole.

« La presse pénètre partout », dit le Ministre dans ce remarquable document administratif, « et parmi les modes d'action générale à employer pour combattre efficacement la mortalité infantile, je place au premier rang la publicité la plus étendue qu'il convient de donner, surtout en été, aux précautions hygiéniques à prendre à l'égard des nourrissons. Sollicitez à cet effet le concours de toute la presse régionale et locale, sans aucune acception de personnes et de partis ; demandez-lui de vous aider, elle le peut puissamment, en insérant périodiquement, à intervalles rapprochés, de courtes et claires notices que vous ferez rédiger à cet effet par des médecins de la région, lesquels connaissant, pour vivre au milieu d'elles, les populations, leurs habitudes, leurs préjugés, leurs plus funestes négligences, sauront mieux que ne le ferait une instruction générale officielle, tenir dans chaque cas le langage le mieux approprié aux mœurs locales.

« La presse peut, d'autre part, jouer un rôle éminemment utile, non seulement en faisant connaître les œuvres de puériculture qui existent et en leur procurant de précieuses adhésions, mais aussi en provoquant l'éclosion de nouvelles fondations qui concourront à la protection des enfants du premier âge. »

Nous devons, à notre grand regret, nous arrêter dans la reproduction des principaux passages du si remarquable plaidoyer de M. Steeg, en faveur de ces pauvres victimes de l'ignorance et de l'incurie des personnes qui les entourent ; nous avons déjà cherché à en diminuer le nombre par tous les moyens qui étaient en notre pouvoir, et les incontestables succès que nous avons obtenus dans le Var, depuis que, grâce à la bonne volonté du Conseil général, nous avons pu faire profiter les nourrissons de ce département des bienfaits de la loi Roussel, nous encouragent à saisir avec empressement cette nouvelle occasion de leur être utile en perfectionnant, sur place, l'œuvre de cet éminent philanthrope. Aussi nous rangeons-nous très volontiers sous la bannière d'un Ministre qui ne se contente pas de rédiger des circulaires, aussitôt oubliées qu'écrites, et qui indique clairement sa volonté formelle de voir mettre en pratique des mesures capables de produire des résultats en étendant sa toute puissante protection sur les enfants nouveau-nés.

Puissent les conseils que nous allons donner aux mères des enfants et à leurs nourrices, porter les meilleurs fruits et sauvegarder quelques-unes de ces existences à la fois si fragiles et si précieuses.

Les soins que l'on donne à la mère, avant, pendant et après son accouchement, profitent toujours à l'enfant.

Il ne faut pas être grand clerc pour être convaincu de la vérité de cet aphorisme ; il a fallu cependant arriver à notre époque pour assister en France à son application au point de vue sociologique ; nous allons indiquer brièvement comment on peut en utiliser le principe à peu de frais et conserver ainsi quelques défenseurs de plus à la Patrie.

Avant son accouchement la mère doit recevoir certains soins hygiéniques que la modicité de ses ressources lui interdit le plus souvent de prendre et qui peuvent diminuer dans une notable proportion le nombre des mort-nés ; il faut donc lui donner des bains de propreté, améliorer sa nourriture, et surtout diminuer ses heures de travail pendant les dernières semaines de la gestation.

Au point de vue général, notre législation est bien entrée dans cette voie, mais il y aurait lieu, selon nous, de venir directement au secours des femmes enceintes et indigentes, en leur assurant partout le paiement intégral de leurs salaires pendant un mois avant leur accouchement.

Quelques jours avant et pendant l'accouchement, les femmes ont besoin de recevoir des soins particuliers qui leur permettent d'éviter les dangers qui les menacent ainsi que leurs enfants et

c'est pendant cette période si dangereuse qu'elles ont le plus besoin des secours de la collectivité. Les précautions hygiéniques, le calme du milieu, la présence d'un personnel instruit et dévoué, doivent permettre à la mère de supporter vaillamment les douleurs de l'enfantement et à l'enfant de franchir sans danger ce premier pas, qui lui coûte si souvent la perte de la vue et parfois même de l'existence.

Nous touchons là, nous le savons, à un problème difficile à résoudre ; il nous semble pourtant que la création des hôpitaux cantonaux permettrait de faciliter l'accouchement de bien des femmes appartenant aux classes laborieuses, si les municipalités, avec l'aide de l'Etat, voulaient suivre l'exemple de la commune d'Hyères, qui a fondé, depuis quelques années, une maternité proportionnée à ses besoins et qui n'a qu'à se louer de son initiative.

Cette maternité, établie dans un pavillon particulier ,et possédant toutes les ressources exigées par l'hygiène moderne, dépend de l'hôpital-hospice de notre ville ; elle est ouverte à toutes les personnes enceintes et indigentes qui demandent à venir y faire leurs couches. Quelques jours autant que possible avant l'accouchement, les postulantes y sont admises ; après avoir subi la visite du médecin de service, elles prennent un premier bain et leurs effets sont envoyés à l'étuve de désinfection.

Après l'accouchement, la mère et les enfants, — nous disons les enfants, parce qu'il nous arrive bien souvent d'hospitaliser aussi les rejetons nés antérieurement, — ont le droit de séjourner dans la maternité pendant trois ou quatre semaines, période suffisante en général pour donner à l'enfant le temps de recevoir les premiers soins et à la mère le temps de se refaire, tout en profitant des leçons d'hygiène dont elle a toujours besoin, surtout quand elle est *primipare*. Au sortir de la maternité, les mères et les enfants sont secourus s'il y a lieu, par les soins de la Consultation des nourrissons et du Dispensaire, dont il sera plus tard question. Une sage-femme est attachée à la Maternité et elle est payée suivant le nombre des accouchements qu'elle y fait. Il nous faut ajouter que les épouses des militaires sous les drapeaux sont admises de droit dans la Maternité.

L'exemple de la commune d'Hyères ne nous paraît pas difficile à suivre et nous le recommandons d'autant plus volontiers, que sur 115 accouchements qui ont été faits depuis 5 ans, dans notre Maternité, on n'a constaté ni décès, ni maladie chez les accouchées, et surtout aucun décès chez les enfants.

Il serait donc possible de conserver bien des nouveau-nés, en installant dans tous les hôpitaux cantonaux des maternités destinées à les abriter, ainsi que leurs mères, pendant les premières semaines de leur existence.

Nous admettons cependant que ces maternités ne seront pas dotées partout de tous les développements qu'elles comportent, mais l'Etat pourra les leur assurer progressivement au moyen de subventions, et dans tous les cas cela vaudrait encore mieux que de rester dans le *statu quo* ; du reste, les précautions hygiéniques qu'il est indispensable de prendre dans ces maternités ne sont pas onéreuses et leurs résultats sont certains, comme le prouve l'exemple de celle d'Hyères, dans laquelle, nous l'avons déjà dit, on a pu faire depuis sa fondation, 115 accouchements de femmes indigentes, sans perdre une seule mère et un seul enfant.

Voilà donc assurée, dès le début, la vie des enfants des indigents, mais cela ne suffit pas et il faudrait organiser dans toute la France des institutions permettant de les assister pendant toute leur première enfance. Cela serait relativement facile, si l'on avait fondé sur tous les points du territoire des consultations de nourrissons, se trouvant dans les conditions de complet fonctionnement que réclamait, avec juste raison, pour elles, leur éminent inventeur ; mais leur nombre est encore trop restreint pour que l'on puisse compter sur elles, au point de vue général, et en attendant que nous possédions les fonds indispensables pour suivre la voie qui nous a été tracée, d'abord par Pierre Budin, et après lui par M. le sénateur Paul Strauss, nous avons dû nous préoccuper de trouver le moyen de faire le plus de bien possible aux enfants indigents, en nous servant des faibles ressources dont nous pouvons disposer.

Depuis les cinq dernières années,nous en avons employé un qui est basé sur ce principe, que les jeunes enfants ont surtout besoin de recevoir les soins hygiéniques au moyen desquels on peut les préserver de plusieurs des maladies qui les déciment, et *qu'il faut, par conséquent, instruire* leurs nourrices, tout en leur assurant une nourriture suffisante.

L'idée première nous en a été suggérée par les excellents résultats que nous avons obtenus, de l'application de la loi Roussel aux enfants du premier âge, placés en nourrice, en sevrage ou en garde, en dehors du domicile de leurs parents, ce qui nous a permis de diminuer dans une notable proportion la mortalité des enfants protégés de notre canton. Encouragés par ce succès, nous avons commencé par surveiller les enfants des indigents, mais nous avons vite reconnu qu'il fallait les secourir plus directement, en faisant l'éducation de leurs mères et de leurs nourrices, au moyen de conseils concernant les soins généraux qu'il faut donner aux nourrissons.

Voici quelles sont les principales lignes de cette institution rudimentaire, sur laquelle nous avons appelé l'attention de l'Académie de Médecine, dans sa séance du 19 décembre 1911 et à laquelle

nous avons maintenu la dénomination de Consultation de nourrissons, en souvenir de notre ami Pierre Budin, mais qui, par le fait, est une consultation pour les nourrices.

La consultation fonctionne deux fois par semaine, de 11 heures à midi pour les enfants des indigents, et le premier dimanche de chaque mois pour les enfants protégés par la loi Roussel.

Elle est installée dans un immeuble appartenant à la ville d'Hyères, qui a pris, en outre, à sa charge, la fourniture du mobilier, de l'éclairage, du chauffage, de l'eau, dont on peut élever rapidement la température au moyen d'un appareil *ad hoc*, et enfin le paiement des accouchements et du séjour des femmes indigentes à la Maternité de l'hôpital.

Le service médical de la consultation est confié à un médecin-chef de service à notre hôpital.

Tant qu'ils sont bien portants, les enfants âgés de moins de 2 ans et dont les parents sont inscrits sur la liste municipale d'assistance, y sont reçus par le médecin, qui doit, au contraire, visiter à domicile les enfants malades.

Les parents sont admis à la consultation ; dès leur arrivée, les enfants, nourrissons ou autres, sont déshabillés, visités et pesés. Leur poids, ainsi que les observations que peut motiver leur état, sont inscrits sur un registre et sur une fiche individuelle.

Le médecin saisit toutes les occasions pour donner les conseils d'hygiène infantile aux personnes présentes, et pour combattre tous les préjugés, qui sont encore, hélas ! si nombreux et si difficiles à déraciner. Il peut prescrire des médicaments, du lait provenant de vaches ayant subi l'épreuve de la tuberculine, des appareils de prothèse, et même des aliments, soit pour les enfants déjà sevrés, soit pour les nourrices ou mères indigentes.

Sur notre demande, cette nouvelle institution a été placée sous la direction administrative du Bureau de Bienfaisance de la ville d'Hyères, et ses comptes y font l'objet d'une comptabilité spéciale, sous la dénomination de dispensaire de la consultation des nourrissons ; ils sont ainsi vérifiés à la fin de chaque année par la Commission des Finances du Bureau de Bienfaisance ; ils doivent ensuite être approuvés par le conseil municipal et ils ne sont adressés, en dernier lieu, au Conseil de préfecture qu'après avoir été vérifiés de nouveau par la Trésorerie Générale du département.

Telle est cette organisation, fort simple, qui permet de contrôler par l'Etat et par la Commune, et de réduire presque à néant les frais d'administration ; elle permet surtout, par suite de l'instruction acquise par les nourrices, de diminuer dans une notable proportion les dangers qui menacent la vie des enfants des indigents pendant leur première enfance.

Il existe un bureau de bienfaisance dans toutes les communes de France ; ne pourrait-on pas l'appliquer partout, ou du moins en provoquer l'essai dans quelques autres chefs-lieux de canton ?

Comme complément des mesures générales que nous voudrions voir adoptées, pour diminuer la mortalité des enfants du premier âge, voici, résumées en quelques lignes, les indications particulières qu'il faudrait remplir pour obtenir cet important résultat :

L'Etat devrait :

1° Faciliter, par tous les moyens en son pouvoir, la fondation dans tous les hôpitaux cantonaux de maternités à l'usage des femmes indigentes ;

2° Favoriser l'annexion d'un service particulier de consultations de nourrissons aux bureaux de bienfaisance de toutes les communes ne possédant pas d'hôpital ;

3° Faire accorder, comme à Hyères, aux enfants et aux épouses des soldats sous les drapeaux, tous les avantages assurés aux familles inscrites sur la liste municipale d'assistance publique ;

4° Compléter au moyen de conférences et démonstrations faites par un médecin, les leçons de puériculture que les élèves des classes supérieures de filles reçoivent dans les écoles publiques et surtout faire distribuer dans toutes les écoles de filles le *Foyer Domestique*, de Mme Augusta Moll Weiss, ainsi que cet admirable petit livre que mon ami, le professeur Pinard, écrivit pour l'instruction de ses trois filles ;

5° Faire inscrire d'office, sur les livrets de famille, ainsi que sur les livrets délivrés aux nourrices des enfants protégés par la loi Roussel, des prescriptions dans le genre des suivantes :

Les nourrices familiales ou autres doivent :

A. — Ne pas faire téter trop vite et à chaque instant les nourrissons, ce qui peut causer des indigestions et servir de point de départ à une entérite.

B. — Ne jamais leur donner des aliments solides sans la permission du médecin, et encore moins leur faire boire du vin.

C. — Ne jamais s'endormir dans leur lit en tenant leur nourrisson dans les bras.

D. — Les bercer le moins possible et les habituer, dès le début, aux bruits qui se font dans l'appartement.

E. — Ne pas les soulever par le bout du bras.

F. — Ne pas éveiller de trop bonne heure leur intelligence, ce qui peut les prédisposer à des maladies du cerveau et des méninges.

G. — Ne pas leur parler fort et sur le ton de la colère.

H. — Ne pas les laisser marcher trop tôt, surtout s'ils sont pesants.

Les nourrices doivent aussi :

I. — Changer le plus souvent possible, les langes souillés, ou mouillés par les urines.

II. — Faire prendre un bain tiède tous les soirs aux nourrissons, avant de les mettre dans leurs berceaux.

III. — Désangler leurs maillots avant de les coucher dans leurs berceaux.

IV. — Faire la toilette des nourrissons tous les matins et dans la journée, avec de l'eau ayant la température de la chambre.

V. — Les promener au grand air le plus longtemps possible.

VI. — Eloigner les berceaux du feu et les tenir dans un endroit inaccessible aux animaux domestiques, tels que les porcs, les chiens et les chats.

VII. — Ne jamais laisser les nourrissons porter à leur bouche les objets qui ne sont pas propres et tout particulièrement ceux qui auraient été souillés par les mouches.

VIII. — Faire vacciner de bonne heure les nourrissons et les faire visiter par le médecin aussitôt qu'ils paraîtront indisposés.

Les nourrices devront, en outre, laver leurs seins plusieurs fois par jour avec de l'eau qui aura bouilli et cesser d'allaiter en cas de grossesse confirmée.

Si l'enfant est élevé au biberon, et sans négliger aucune des prescriptions générales énumérées ci-dessus, on doit :

1° Ne jamais se servir d'un biberon à tube ;

2° N'employer autant que possible que du lait provenant de vaches ayant subi l'épreuve de la tuberculine et qu'on aura fait bouillir dans des topettes contenant chacune la ration pour une tétée. Après l'ébullition, ces topettes doivent être bouchées avec du coton aseptisé ;

3° Après chaque tétée, les topettes et les tétines seront lavées avec de l'eau ayant bouilli et c'est aussi dans l'eau bouillie que seront conservées les tétines.

Dr E. VIDAL,
Correspondant national de l'Académie de Médecine, président du Comité de la protection des enfants du premier âge du département du Var.

ÉTUDES MÉDICO-HISTORIQUES

La naissance et le développement de l'hygiène publique dans une ville de la banlieue parisienne au cours du XIXe siècle.

Le Dr A. Perraudeau vient d'écrire un livre très intéressant et très documenté sur l'histoire de sa bonne ville de *Saint-Ouen depuis la Révolution jusqu'à l'année terrible* (1). Au cours de l'existence de cette ville qui se transforme durant le XIXe siècle et devient du coquet village, cité industrielle, nous voyons petit à petit les préoccupations d'hygiène urbaine s'imposer à la municipalité et les améliorations sanitaires s'effectuer de jour en jour.

Tout ne se passe pas sans lutte et Sainte Routine n'est jamais prête à désarmer. Ainsi, en 1806, le Conseil municipal reçoit l'ordre d'établir un nouveau cimetière hors de l'enceinte de la commune ; celui qui entoure l'Eglise devient dangereux. Le maire qui comprend cette nécessité a cherché et trouvé un terrain propice, mais le Conseil municipal pense que tout est pour le mieux et juge qu'il n'y a pas lieu d'innover :

« Attendu, délibère le Conseil, que la position « du cimetière était des plus propres pour ce à « quoi il est destiné, que depuis un temps immé- « morial il est placé dans le même endroit, etc. »

Et le cimetière resta où il se trouvait.

Cependant, quand l'hygiène au lieu de coûter à la Commune pouvait lui rapporter, le Conseil de Saint-Ouen savait comprendre la défense sanitaire ; ainsi il établit à la foire du 24 août 1809 des droits de langueyage des porcs, pour « reconnaître la sainteté d'iceux ». Et comme les marchands de porcs cherchaient à se soustraire, le conseil municipal indigné, invitait dans une délibération le garde champêtre à « prendre des mesures « pour réparer ces abus, comme aussi d'assurer un petit revenu à la commune ». L'hygiène évidemment n'était que prétexte au « petit revenu ».

Les Alliés arrivent en 1815 et les troupes du duché de Brunswick doivent occuper Saint-Ouen. Ce bourg n'est pas un modèle de propreté, car les officiers allemands exigent de la municipalité « des balais et des pelles pour nettoyer les rues et une voiture pour enlever les boues et les matières fécales ». Et le maire Poirié dut avancer pour ces achats 136 fr. 90. Si l'invasion s'était bornée à l'inauguration d'un service de voierie à Saint-Ouen, les Audoniens n'auraient pas eu lieu de trop s'en plaindre ; malheureusement elle fit de graves dégâts dont le plus regrettable fut la destruction partielle de la vieille église.

De 1826 à 1831, Saint-Ouen fut administré par Seraci Lachaume, ancien chirurgien des Armées de l'Empire, qui tenta de prendre quelques mesures d'hygiène.

Ainsi, il refusa d'accorder dans le cimetière des concessions vu l'exiguité du lieu et l'accroissement de la population. Il organisa le 11 février 1830, le service de l'état-civil pour la constatation des décès et nomma à cet emploi M. de Gourlet, officier de santé, résidant dans la com-

(1) Paris, Champion édit., quai Malaquais, 1914.

mune. Ce même de Gourlet fut chargé de vacciner les enfants.

Le maire, ayant demandé à l'officier de santé, combien il désirait pour être rétribué de ses services, ce dernier eut l'idée singulière de réclamer par constatation de décès *trois* francs pour les individus âgés de plus de 15 ans et *deux* francs pour ceux âgés de moins de 15 ans.

Le maire prit la moyenne et accorda 2 fr. 50 par certificat de décès sans distinction d'âge. Pour l'époque, ce service n'était pas trop mal honoré.

Mais les vaccinations étaient faites gratuitement. Elles donnèrent lieu chez les enfants tous les ans à de constants succès.

Le maire Lachaume fit quelques efforts méritoires d'assainissement, il se créa ainsi de nombreux ennuis et dut se retirer à la suite d'un conflit avec le pouvoir central.

Un vieillard, ancien serrurier, M. Crétu, lui succéda en 1831. L'apparition subite du choléra, le 2 avril 1832, obligea le maire à prendre des mesures énergiques. Il eut d'abord un beau geste en mettant sa maison à la disposition des malades où ils devaient être soignés et il laissa à un jeune et intelligent médecin, successeur de l'officier de santé, M. de Gourlet, au Dr du Planty, toute l'intiative pour lutter contre le fléau. Un jeune médecin italien, Gregorio Leonardi, fut envoyé de Paris seconder le Dr du Planty, puis des médecins parisiens, Cassard et Cartier, et d'autres praticiens de Saint-Denis, vinrent apporter de nouveaux secours. L'épidémie fit rage. Elle frappa toutes les familles, l'ancienne Maîtresse de Louis XVIII, Mme du Cayla qui habitait le château où le roi restauré abrita ses séniles amours, fut atteinte et guérit. On fit nettoyer un aqueduc, on visita les eaux et les puisards et le Comité sanitaire cantonal fit faire le nécessaire pour empêcher la contamination des eaux. L'épidémie dura cinq mois, frappa gravement 98 personnes et causa 30 décès sur une population de 998 habitants.

Elle permit de faire apprécier à leur valeur le dévouement et la science du Dr du Planty.

Le préfet de la Seine fit pression en 1836 sur la commune pour faire construire des égouts et des caniveaux et supprimer des puisards et des puits dont les eaux contaminées avaient joué un rôle dans le développement de l'épidémie de 1832. Il obligea aussi la commune à rétablir le service des constatations des décès et à payer pour cela, le médecin communal, le Dr du Planty, qu'on avait négligé d'honorer en 1835 et 1836.

Devenu maire en 1840, le Dr du Planty prit, le 10 février 1842, un arrêté pour organiser un service de nettoyage public et, dans un nouveau règlement de police, inscrivit l'amende que devraient payer ceux qui se déroberaient à ces obligations. On voit que les Audoniens avaient oublié les pelles et les balais que les Alliés leur avaient fait acheter en 1835 pour approprier leur ville. Un service d'enlèvement des ordures ménagères et domestiques fut institué, les fumiers furent enlevés hebdomadairement dans les rues et confisqués et les habitants tenus de balayer devant leur maison sous peine d'amende.

Des habitants peu gênés avaient trouvé facile de prendre comme égouts les sauts de loup du Château de Madame du Cayla, elle s'en plaignit, et le maire médecin du Planty prit les mesures pour supprimer ce nouvel égout à ciel ouvert. Plus soucieux de l'hygiène scolaire que respectueux des lois, ce même maire fit sans autorisation agrandir l'école, trouvant dangereux d'entasser cent enfants dans une pièce à peine assez grande pour en contenir la moitié.

Un nouveau cimetière venait d'être inauguré en 1848. Il était temps, car le 21 mars 1849, survint une nouvelle épidémie de choléra plus meurtrière que celle de 1832.

57 personnes moururent et la morbidité fut effrayante. Saint-Ouen ne comptait alors que 1.500 habitants. Le Dr du Planty, aidé d'un étudiant en médecine, Candrowitz, mal secondé par une population affolée, fit face à tout, fut médecin, pharmacien, infirmier, alla même jusqu'à ensevelir les morts. Il interdit aux porteurs d'eau des Batignolles, de Montmartre et de La Chapelle de venir à Saint-Ouen remplir leurs tonneaux à la Seine.

Comme récompense de leur dévouement admirable, M. du Planty fut fait chevalier de la Légion d'honneur et l'étudiant Caudrowitz reçut une médaille.

Saint-Ouen n'était pas riche, la ville avait peine à payer en 1855 la part exigée par l'Assistance de Paris, pour l'hospitalisation des malades de la Commune. A cette époque, le Bureau de Bienfaisance fonctionnait et les indigents étaient gratuitement soignés par M. Roussel, médecin communal.

En cette année 1855, est créée la première Société de Secours mutuels audonienne, celle des ouvriers de la maison Farcot.

En 1857, le Dr du Planty, ayant quitté la mairie, fut remplacé par M. Alexis Godillot, le célèbre fournisseur des armées, dont le nom a été immortalisé par les chaussures de nos troupiers. Il fut maire jusqu'en 1870.

M. Godillot établit les fontaines, élargit les rues, créa un poste d'agent de police sanitaire, dit « surveillant de la salubrité », subventionna les Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul, chargées de créer une salle d'asile, de secourir les pauvres et les malades et de tenir une pharmacie. Le curé Lestrade qui avait secondé avec dévouement et intelligence le Dr du Planty et M. Godillot vint à mourir en 1860, les Audoniens lui firent de superbes funérailles et l'on put lire longtemps au

Cimetière sur une plaque de marbre, au-dessous des attributs maçonniques, l'inscription peu banale :

A Lestrade, Curé de Saint-Ouen, la franc-maçonnerie reconnaissante

Que nous sommes loin de cette époque ! ! St-Ouen s'était petit à petit développé.

De village coquet, bien qu'assez mal tenu au début du XIXe Siècle, il était devenu en 1870, une ville déjà industrielle quand il subit de nouveau l'invasion allemande.

Là le Dr Perraudeau arrête son histoire de la Cité Audonienne dans laquelle nous avons cru intéressant de relever les lents progrès qui furent réalisés en hygiène urbaine.

Aujourd'hui, Saint-Ouen est une importante cité industrielle de 50.000 habitants qui n'a guère conservé de la petite ville d'avant l'année terrible que le blason des Chevaliers de l'Ordre de l'Etoile et leur devise prétentieuse : *Monitrant regibus astra viam* que l'Empereur Napoléon III lui a octroyés en 1869.

J. Noir.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Séances des 23, 30 avril et 7 mai 1914.

Admissions : Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3349 Boudon, à La Canourgue (Lozère).
3350 Théret, à Leforest (Pas-de-Calais).
3351 Breteille, à Paris, 166, rue Lafayette.
3352 Labouré, à Amiens (Somme).
3353 Déchy, à Arras (Pas-de-Calais).
3354 Soncourt, à Tucquegnieux (Meurthe-et-Moselle).
3355 Veillard, à Meung-sur-Loire (Loiret).
3356 Duviau, à Fumel (Lot-et-Garonne).
3357 Thibeaudeau, à Pérignac (Charente-Inférieure).
3358 Collet, à Uzel près l'Oust (Côtes-du-Nord).
3359 Fontbonne, à Montebourg (Manche).
3361 Charmoille, à Belfort.
3362 Rouyer, à Void (Meuse).
3363 Bigeon, Les Pieux (Manche).

— Le Dr S. demande le remboursement de 37,73 pour frais et honoraires dans une affaire de justice de paix (saisie-arrêt), gagnée contre un client insolvable (*Accordé*).

— Le Dr J. se voit contester, dans une note d'honoraires accidents, le calcul de l'indemnité kilométrique. La compagnie d'assurances prétend qu'il doit compter la distance la plus courte, alors que les chemins qu'il aurait à prendre sont impraticables à sa voiture.

L'appui pécuniaire lui est accordé pour poursuivre le recouvrement de sa créance en comptant la distance qu'il a réellement parcourue.

— Le Dr Q. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents ; malgré le bulletin signé du patron qui lui a été remis par le blessé, la compagnie prétend contester la responsabilité de l'accident.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr Q. qui devra citer solidairement patron et ouvrier devant le juge de paix du lieu de l'accident.

— Le Dr P. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre en paiement des frais auxquels il a été condamné le sieur B.., qui a été débouté par la Cour d'appel de sa demande en dommages-intérêts pour responsabilité civile. Le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé, pour le cas où l'adversaire serait solvable.

— Le Dr D. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre la femme d'un failli en paiement des honoraires qu'elle lui doit pour des soins qu'il lui a donnés à elle-même (*Accordé*).

— L'appui pécuniaire est accordé au Dr S. pour faire appel d'un jugement de paix qui a appliqué le tarif Dubief à des soins donnés à un domestique attaché à la personne blessé au cours de son travail.

— Le Dr D. demande le remboursement de la somme de 50 francs pour honoraires d'avocat dans un procès d'accident du travail, gagné en appel, pour lequel il avait obtenu l'appui pécuniaire. (*Accordé*).

— Le Dr R. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents, dans laquelle il a porté la rémunération d'un infirmier pour séances de massage et de mobilisation.

Le Conseil, faisant toutes réserves sur la question de principe de l'emploi des infirmiers pour pratiquer le massage et la mobilisation en dehors de la direction immédiate du médecin accorde l'appui pécuniaire demandé.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires accidents que la compagnie veut lui payer au tarif Dubief, alors qu'il a été choisi par le patron.

— L'appui pécuniaire est également accordé en appel au Dr C. qui en bénéficiait déjà en première instance, dans une affaire de diffamation par la voie de la presse.

— Le Conseil, désireux de manifester, au nom

des médecins praticiens, leur reconnaissance au Dr J. Lucas-Championnière, qui fut leur persévérant défenseur, notamment à la Commission du Tarif Dubief, décide de contribuer par une somme de 50 francs à la souscription ouverte pour l'érection d'un monument à ce très regretté confrère.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Concours d'inspecteur général adjoint des services administratifs.** — Un concours pour un emploi *d'inspecteur général adjoint des services administratifs* sera ouvert au ministère de l'intérieur, le 26 mai 1914.

Les candidats, qui doivent remplir les conditions exigées par l'article 8 du décret du 20 décembre 1907, devront se faire inscrire au secrétariat de la direction du contrôle et de la comptabilité, 11, rue Cambacérès, du 5 au 30 avril 1914.

Ils devront déposer les pièces suivantes :

1° Une demande d'admission au concours ;

2° Une expédition authentique de leur acte de naissance ;

3° Un extrait de leur casier judiciaire ;

4° Un acte constatant qu'ils ont satisfait à la loi sur le recrutement ;

5° Les états de service, diplômes, certificats, etc., justifiant qu'ils remplissent les conditions prévues par l'article 8 du décret du 20 décembre 1907 ;

6° Un certificat médical dûment légalisé établissant qu'ils sont de constitution robuste et aptes à remplir un service actif.

Il est rappelé que les candidats doivent être âgés de moins de trente ans et que cette limite d'âge est reculée d'un temps égal à la durée des services antérieurs civils ou militaires ouvrant des droits à la retraite.

Les arrêtés réglementant le concours sont les arrêtés des 5 mars 1908 et 29 mars 1914 (insérés aux *Journaux officiels* des 7 mars 1908 et 31 mars 1914).

— **Un examen pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire de l'assistance médicale en Indo-Chine** s'ouvrira à Paris le mardi 30 juin 1914.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au ministère des colonies (direction du personnel) en joignant à leur demande d'admission les pièces énumérées aux articles 3 et 4 de l'arrêté du 23 décembre 1908.

La liste d'inscription sera close le samedi 30 mai au soir.

Un avis adressé aux candidats admis à subir les épreuves dans les huit jours qui précèdent la date fixée pour l'examen leur fera connaître le lieu où ils doivent se réunir et l'heure à laquelle commenceront les épreuves.

Les candidats réunissant les conditions requises pour bénéficier de la majoration de points prévus par l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre 1909 devront joindre à leur demande un certificat dûment légalisé ou un diplôme justifiant leurs titres.

— **Réquisition des médecins civils par les autorités militaires.** — On sait que, par une décision récente, le ministre de la guerre a commandé de requérir des médecins civils partout où l'insuffisance des médecins militaires rendrait cette mesure nécessaire.

Le ministre vient d'autoriser les directeurs du service de santé à accorder provisoirement et jusqu'au 1er juin aux médecins requis dans ces conditions, selon l'importance des services à assurer, des indemnités plus élevées que celles prévues à la notice n° 2 annexée au règlement du service de santé.

Les tarifs à appliquer sont les suivants :

§ A de la notice :

a) 1.000 ou 1.200 francs par an (au lieu de 800) aux médecins requis dans le lieu de leur domicile.

b) 1.500 ou 1.800 francs par an (au lieu de 1.200) aux médecins requis hors du lieu de leur domicile.

§ B. — 4 et 5 francs par homme et par an (au lieu de 3 francs), le maximum de 100 francs par mois étant porté à 125 ou 150 francs suivant le cas.

§ C. — 1.500 ou 1.800 francs par an (au lieu de 1.200) aux médecins requis pour assurer simultanément le service hospitalier et le service dans les corps de troupe.

Après étude attentive de chaque cas particulier, dans laquelle il sera tenu compte principalement de la nécessité fondamentale d'assurer le service médical de chaque garnison et de chaque corps, les directeurs du service de santé accorderont les tarifs exceptionnels qui leur paraîtront justifiés et dans les limites ci-dessus.

Si ces tarifs doivent s'appliquer à plus de dix médecins, l'autorisation ministérielle sera nécessaire.

Au cas où l'on éprouverait des difficultés pour l'exécution d'une réquisition régulièrement adressée à un médecin civil, on ferait observer à l'intéressé qu'il doit, de toute nécessité, assurer le service pour lequel il est requis, sauf règlement ultérieur des indemnités qui lui seraient dues.

— **Voyage au Spitzberg.** — Le « Tourisme mondial » organise aux grandes vacances, avec le concours d'une Compagnie maritime norvégienne, une croisière pour visiter les Fiords de Norvège, le Cap Nord, le Spitzberg et la Banquise polaire.

Cette croisière unique dans l'année réunit toujours une clientèle cosmopolite composée surtout de Français, d'Anglais et d'Américains.

Départ et retour à Anvers : 4 août, 1er septembre.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire le plus tôt possible.

Pour renseignements et souscriptions, prière de s'adresser au siège du Touring Club, place Bellecour, Lyon.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. — N° 22 — Dimanche 31 Mai 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une victoire syndicaliste.

Le IVe Congrès des Praticiens.

Le Congrès des Praticiens s'est ouvert le 17 mai à Paris, à l'Hôtel des Sociétés savantes, sous la présidence du Dr Gairal. Malgré les prédictions pessimistes, ce Congrès a eu un grand succès.

Les discussions du premier jour se sont déroulées avec un calme et une tenue remarquables et l'on sentait qu'un profond désir d'union et d'entente régnait dans les rangs pressés des congressistes.

Dès le début, M. le sénateur Léon Labbé est venu déclarer au nom du ministre du travail que ce dernier n'avait pas l'intention de poser à la Commission Chéron-Métin la question de tarification des honoraires médicaux et qu'il serait heureux de reprendre les pourparlers avec les délégués des Syndicats médicaux. M. le ministre avait jusqu'alors formellement refusé de prendre cet engagement auprès des diverses délégations de l'Union des Syndicats qui étaient entrées en conversation avec lui. Après un remarquable exposé du Dr Le Fur, résumant son intéressant rapport, MM. Hartmann et Netter, appelés par le sénateur Léon Labbé à assister à la séance, sont venus dire que leur présence à la Commission Chéron-Métin était subordonnée aux décisions de leurs confrères les médecins praticiens, avec lesquels ils se solidarisaient entièrement, leur laissant le soin de décider s'il n'y aurait pas intérêt à prendre part aux débats de la dite commission modifiée, quitte à s'en retirer si la dignité ou les intérêts du corps médical l'exigeaient. Cette déclaration et celle du Dr L. Rénon, affirmant qu'il avait refusé de faire partie de la commission ont été accueillies par d'unanimes applaudissements.

M. Le Fur, rapporteur, a déposé alors un ordre du jour qui, après avoir été légèrement modifié, d'accord avec MM. Lefèvre et Goujon, auteurs d'amendements, a été adopté à l'unanimité dans la forme suivante, aux cris de : Vive l'Union :

Ordre du jour proposé par MM. Le Fur, Cibrie, Lafontaine, Bertillon, Campinchi, Decourt et Legras :

Le Congrès des médecins praticiens, réuni à Paris en mai 1914 :

Après avoir entendu MM. Le Fur, Léon Labbé, Hartmann, Netter, Rénon, donner des précisions formelles de M. le Ministre du Travail, transmises par M. le Sénateur Léon Labbé, comprenant notamment le promesse absolue que la question de la tarification des honoraires médicaux ne sera jamais abordée,

Charge l'Union des Syndicats médicaux de France ainsi que les Syndicats médicaux représentés au Congrès des Praticiens, de reprendre les pourparlers avec M. le Ministre du Travail.

Et propose, suivant le désir exprimé par ce dernier, l'envoi d'une Délégation, comprenant l'ancienne Délégation de l'Union des Syndicats médicaux, à laquelle seront ajoutés un certain nombre de confrères désignés par le Congrès, cette Délégation n'ayant d'ailleurs d'autre mission que de rétablir la conversation rendue possible par les dernières promesses de M. le Ministre,

Le *Concours médical* consacrera prochainement au Congrès des praticiens un de ses numéros supplémentaires, tirés à 25.000 exemplaires. Néanmoins, il a tenu à faire tout aussitôt connaître à ses lecteurs la victoire syndicaliste remportée grâce à l'action énergique de l'Union des Syndicats médicaux de France, action à laquelle la plupart des Syndicats dissidents ont eu la sagesse et l'habileté de venir donner leur appui.

J. Noir.

La législation directe. Les origines du libre choix.

Le *Matin* du 18 mai annonce en première page ce fait, paraît-il, extraordinaire, c'est que l'Etat fait un pas vers la législation directe :

Voici un fait inouï dans l'histoire du droit, écrit le rédacteur du *Matin*, pour la première fois les intéressés — c'est-à-dire ceux qui tomberont sous le coup des lois édictées — ont été consultés par le législateur. Ils ont été appelés à donner leur avis, et les textes juridiques ont été élaborés sinon en conformité complète avec leurs desiderata, du moins en s'en inspirant dans la mesure la plus large, au mieux des intérêts réciproques des parties en cause.

Cette innovation — qui est peut-être le prélude d'une refonte universelle de nos codes selon les principes modernes — a porté, à la vérité, sur une question circonscrite. Il s'agit, en l'espèce, des textes relatifs au contrat d'engagement des gens de mer.

Sur l'initiative de M. de Monzie, une Commission avait été instituée, le 11 août 1913, au sous-secrétariat de la marine marchande, pour préparer en cette matière une législation nouvelle, homogène et complète. Les travaux de cette Commission viennent d'aboutir. Le *Journal officiel* du 16 mai publie le détail des neuf titres qui constituent son avant-projet. Cette étude minutieuse est précédée d'un rapport de M. Grunebaum-Ballin, président de la commission.

Celui-ci fait valoir la nouveauté de la méthode que ses collaborateurs et lui-même ont suivie : « Consulter les intéressés, entendre et confronter les observations et les critiques des groupements professionnels, des jurisconsultes et des praticiens du droit, alléger par avance les débats parlementaires de l'examen des questions sur lesquelles l'accord préalable et quasi unanime des intérêts et des compétences a pu se réaliser, faire participer, dans une certaine mesure, l'élément professionnel et syndical ainsi que l'élément technique et scientifique à l'œuvre législative », — telle est la définition qu'il en donne.

L'avant-projet se prononce sur tous les cas qui peuvent se présenter dans l'application du contrat entre employeur et employé. Il est toutefois un point qu'il laisse volontairement à l'écart, c'est celui des grèves et des lock-out. Il estime en effet que ce sont là des questions qui doivent être réglées par des lois générales.

Et dire que, depuis qu'il agit, le syndicalisme médical ne demande pas autre chose, et que nos Ministres ont toujours trouvé subversif de la part des médecins ce qui leur paraît très naturel et très admissible de la part des gens de mer !

D'ailleurs, les idées subversives des médecins, professionnellement groupés, ne datent pas d'hier. Un de nos plus érudits confrères, le Dr Henri Roché, a publié dans le *Bulletin de la Société française d'Histoire de la médecine* (1) un « Arrest de la Cour du Parlement du 20 mars 1728 » rendu à la requête de Me Louis de Santeul, Docteur Régent de la Faculté de médecine de Paris et sur l'Instance des doyen et docteurs régens de la Faculté de médecine, intervenants contre les médecins et chirurgiens du Châtelet ». Ces derniers avaient obtenu du Lieutenant Criminel du Châtelet de Paris un règlement du 22 juillet 1721 qui leur accordait le monopole de l'examen, des rapports et des ouvertures de cadavres dans toute affaire criminelle et défendant aux autres médecins et chirurgiens de la ville d'assister dans ce dernier cas leurs clients. La corporation des médecins, alors représentée par la vieille Faculté, et les chirurgiens de Saint-Côme, réclamèrent le maintien de l'ordonnance criminelle de 1700 qui établissait en l'espèce le *libre choix* par l'article suivant :

Toutes personnes blessées pourront se faire vi-

(1) XIII, n° 3, mars 1914, page 127.

siter par médecins et chirurgiens, ce qui aura lieu pour ceux qui agiront pour les personnes décédées.

Le Parlement de Paris donna raison aux médecins et aux chirurgiens dans l'arrêt suivant :

Arrest de la Cour de Parlement.

Qui maintient les Docteurs en Médecine de la Faculté de Paris et les Maîtres Chirurgiens Jurez de Paris dans le droit et possession de faire, à la réquisition des Parties, les visites, et rapports des Personnes blessées ou décédées.

...Maintient et garde les dits Santeul... les Docteurs-Médecins en l'Université de Paris et les Chirurgiens de Saint-Cosme, dans le droit et possession de faire, à la réquisition des personnes blessées, toutes visites et rapports, mêmes visites et ouvertures de cadavres à la réquisition de ceux qui agiront pour les personnes décédées, lorsque lesdites visites, rapports et ouvertures de cadavres n'auront point été ordonnez par les officiers du Châtelet.

Ordonne qu'avant d'être procédé par les Médecins et Chirurgiens du Châtelet aux visites des personnes blessées en exécution des Ordonnances de Justice, les Chirurgiens du Châtelet seront tenus d'avertir le Chirurgien qui aura posé l'appareil du blessé, de se trouver chez le malade aux jours et heure par eux indiquez... pour l'appareil posé sur la blessure être levé en la présence du dit chirurgien qui aura posé le premier appareil...

Donné en Parlement 20 mars 1728 et de notre Règne le 13e.

Signé : Le Beuf.

Et dire que Diverneresse fut accusé d'exigences inouïes et intolérables quand il demanda et obtint l'insertion dans la loi des accidents du travail de l'article stipulant que le médecin d'assurances ne pourrait contrôler l'état du blessé sans avoir obtenu l'autorisation du juge de paix et avoir prévenu de sa visite le médecin traitant 48 heures à l'avance par lettre recommandée.

Etait-on plus respectueux de la liberté des blessés sous le règne de Louis XV le Bien-Aimé que sous notre IIIe République ?

J. Noir.

La vaccination antityphoïdique et les infirmiers.

Les infirmiers des hôpitaux de Paris protestent contre la vaccination antityphoïdique qu'on veut, disent-ils, leur imposer. Ils prétendent que les inoculations de vaccin, fût-il polyvalent ou simplement chauffé, ne sont pas sans dangers.

Leurs craintes sont, sans doute, exagérées ; la vaccination antityphoïdique ne date pas d'hier, puisque en 1909 au Japon, en 1910 aux Etats-Unis, des milliers et des milliers de soldats subirent sans accidents cette inoculation. D'autre part, nous avons suivi avec trop d'intérêt les travaux des Professeurs Chantemesse, et Vincent, pour juger ces deux maîtres incapables de préconiser la vulgarisation de sérums dont ils ne se seraient pas assurés d'avance de l'innocuité absolue.

Cependant, nous ne saurions absolument désapprouver les infirmiers des hôpitaux de Paris qui, en somme, ne peuvent pas juger ces choses comme nous. Nous avons trop le respect de la personnalité humaine pour ne pas être, en principe, adversaires de toute obligation, et à notre époque, nous pensons que l'éducation, la persuasion et la raison doivent se substituer, autant que faire se peut, à ce qu'il est convenu d'appeler la manière forte (1).

Nous avons rompu trop de lances en faveur de la liberté de confiance pour ne pas défendre en toute occasion la liberté individuelle dont la première n'est qu'un des aspects.

Si les infirmiers ont été mis au courant du différend entre MM. Chantemesse et Vincent (et nous sommes persuadés qu'ils l'ont été, puisque la presse politique les a renseignés à ce sujet), comment pourrions-nous leur faire grief de n'avoir sur la valeur de la vaccination antityphoïdique qu'une confiance limitée ?

Les statistiques que l'on nous présente peuvent-elles être considérées comme absolument concluantes, lorsque l'on démontre que s'il est vrai que dans telle ville, à la suite de la vaccination, la garnison n'a plus été éprouvée, on a constaté en même temps la disparition de la maladie dans la population civile qui n'avait pas été vaccinée ?

Et peut-on admettre comme un bien solide argument celui qui consiste à affirmer que dans la marine, il n'y a pas eu un cas de mort par fièvre typhoïde sur 4.698 vaccinés, quand on a constaté 40 décès sur 66.254 non-vaccinés ?

Relisons, dans l'*Introduction à l'étude de la mé-*

(1) Faisons toutefois remarquer que, s'il faut en croire les personnes qui nous ont très sérieusement renseignés, l'obligation de la vaccination antityphoïdique n'a été imposée qu'aux postulants désirant entrer dans l'Administration de l'A. P, et non aux infirmiers ni aux infirmières en fonctions auxquels l'Administration s'est bornée de recommander la vaccination comme une mesure prudente et utile. Depuis que ces lignes ont été écrites, la communication de M. Mesureur à l'Académie de médecine ne permet pas de douter que les infirmiers se sont trompés sur les intentions de l'Administration de l'A. P.

decine expérimentale, qui devrait être le bréviaire de tous les biologistes, les pages que Claude Bernard consacre à la statistique (1) et le peu de cas qu'il en fait en médecine et en biologie, même lorsqu'elle s'appuie sur la loi des grands nombres et, convaincus que ce n'est pas sur des chiffres plus ou moins habilement interprétés qu'il convient en pareil cas de s'appuyer, nous conclurons avec le grand physiologiste : « En se fondant sur la statistique, la médecine ne pourrait jamais être qu'une science conjecturale ; c'est seulement en se fondant sur le déterminisme expérimental qu'elle deviendra une science vraie, c'est-à-dire une science certaine. »

Espérons donc que MM. Chantemesse et Vincent se mettront d'accord, et que, sans s'opposer des chiffres qui peuvent ne rien signifier, forts de leurs remarquables travaux et certains des résultats de leurs expériences bien conduites, ils redonneront aux infirmiers et au Public la confiance indispensable à la vulgarisation d'une grande découverte dont ils pourront tous deux revendiquer également, et sans vaine jalousie, une part importante.

J. N.

(1) Cl. Bernard. — *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, pages 216 et suiv. De l'expérimentation chez les êtres vivants. Considérations spéciales aux êtres vivants.

Une bourse du V. E. M. de 1914 offerte aux membres du « Concours Médical »

Le Président de la Société Civile *Le Concours médical* a reçu la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Le V. E. M., devant se terminer cette année par la visite de l'Etablissement thermal d'Enghien, notre Société a décidé de mettre quelques bourses de voyage à la disposition du Corps médical.

Désireux de remercier en particulier les médecins praticiens de l'intérêt qu'ils ne cessent de témoigner à notre station, nous avons pensé ne pouvoir mieux faire que d'offrir au *Concours médical*, qui groupe plus de 8.000 praticiens, une de ces bourses de voyages.

Nous espérons, Monsieur le président, que vous voudrez bien l'accepter, et nous en faire connaître le bénéficiaire dès qu'il sera désigné.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Société d'Exploitation des Eaux et Thermes d'Enghien,

Nous prions les confrères qui poseraient leur candidature à cette bourse de nous en faire part avant le 20 juin. Il sera alors procédé au *Concours médical* au tirage au sort du bénéficiaire.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. agrégé Castaigne.

Sur le diagnostic des hépatomégalies chroniques.

Parmi les diagnostics médicaux, celui des « gros foies » est un de ceux qui peuvent offrir le plus de difficultés. A propos de deux malades de la consultation, atteints l'un et l'autre d'hépatomégalie chronique, je me propose de vous montrer certaines de ces difficultés.

Lorsque les gros foies sont accompagnés d'ictère, d'ascite, nous avons là un fil conducteur qui nous oriente. Lorsqu'au contraire, l'hépatomégalie n'est accompagnée d'aucun autre symptôme local ou général, nous demeurons souvent fort indécis. J'ai vu, pour ma part, faire des erreurs et des erreurs considérables à l'occasion de gros foies.

J'aborde maintenant l'histoire de nos deux malades.

Le cas du premier malade, embarrassant au début, ne présente plus à l'heure actuelle de grandes difficultés, et, chez lui, le diagnostic de cancer du foie me paraît établi. Néanmoins, je n'ai pu y arriver qu'après une série de recherches dont je vous parlerai. Le cas du deuxième malade est plus complexe et je le rapporte, comme je vous le dirai, à une forme mal connue encore d'hépatomégalie chronique.

Le premier patient est un homme de 54 ans, qui vint nous consulter pour des douleurs épigastriques et une augmentation de volume de l'abdomen. Depuis trois mois, cet homme maigrissait et se sentait fatigué. Il attribuait son amaigrissement au régime lacté que son médecin lui avait fait suivre. Lorsque nous l'avons examiné, nous avons constaté que le foie débordait les fausses côtes de six travers de doigt. Le foie

est ici aisé à sentir par le palper, car il est extrêmement dur. On perçoit son bord inférieur, non tranchant, comme à l'état normal, mais épaissi. Quant à la délimitation supérieure, elle est facile à établir par la percussion.

Le foie arrive, en haut, jusqu'à la quatrième côte : il est donc réellement augmenté de volume, et non simplement descendu. Si, en dehors de cela, on palpe l'organe pour connaître sa consistance d'ensemble, on constate qu'il offre des irrégularités dans le lobe gauche où l'on sent des bosselures arrondies, grosses chacune comme un œuf de poule, séparées par un sillon.

Cette dernière constatation devait déjà nous orienter. Quand on trouve un foie volumineux avec des bosselures de ce genre, il faut penser à une tumeur, à un cancer. Le diagnostic se fera néanmoins avec le kyste hydatique (ici, un kyste hydatique double, puisqu'il y a deux masses) et la syphilis hépatique gommeuse.

La tuméfaction irrégulière ne suffisait pas à affirmer le cancer du foie ; d'autres symptômes, d'autres signes, pour cela, étaient nécessaires. Quels ont été et quels sont ces symptômes et ces signes ? Je vous indiquais tout à l'heure l'ictère. Dans le cas particulier, il n'existe pas d'ictère appréciable soit cliniquement, soit par les méthodes de laboratoire. Un autre signe utile pour le diagnostic est l'ascite. Le malade, à sa première visite à l'hôpital, n'avait qu'une légère circulation collatérale, sans ascite, sans même le météorisme qui précède souvent l'ascite. Aujourd'hui, par contre, nous trouvons un certain degré d'ascite, que nous avons vu évoluer depuis une quinzaine de jours.

A côté de ces symptômes hépatiques, se placent les symptômes d'ordre général et les données de laboratoire, l'épreuve radiographique, la recherche de la réaction de Wassermann et de la réaction des kystes hydatiques. Au cas de kyste hydatique, la radiographie peut fournir une indication importante en montrant les masses arrondies des kystes. Chez notre malade, l'épreuve radiographique a seulement revélé un gros foie, sans tuméfaction arrondie spéciale. Au cas de kyste hydatique également, deux réactions sont intéressantes à rechercher : l'éosinophilie et la réaction de Weinberg-Parvu. Ce malade n'a pas d'éosinophilie et ne présente pas de réaction de Weinberg-Parvu. De ce fait, nous pouvions abandonner le diagnostic de kyste hydatique. D'autre part, la réaction de Wassermann fut également négative, ce qui nous éloignait de l'idée de syphilis hépatique.

Nous avions donc là un ensemble de phénomènes négatifs qui ne nous permettaient pas de penser au kyste hydatique, ni à la syphilis. En outre, et malheureusement, d'autres signes nous ont amené au diagnostic de cancer du foie. Ces signes sont, les uns locaux : telles les bosselures de la tuméfaction hépatique, l'augmentation rapide de volume du foie, que nous avons constatée depuis quinze jours (le foie cancéreux est, parmi les gros foies, un de ceux qui augmentent le plus rapidement de volume), l'ascite. Les signes généraux, l'amaigrissement progressif, les troubles gastriques, ont confirmé le diagnostic et l'ont complété quant à l'origine du cancer. Si l'on interroge le patient sur les accidents antérieurs à l'apparition du gros foie, il nous dit qu'il a souffert de l'estomac, qu'il avait des douleurs gastriques, un appétit diminué, de mauvaises digestions. On lui avait conseillé un traitement antidyspeptique ; mais il y a lieu de croire qu'il ne s'agissait pas de dyspepsie, qu'il existait un cancer latent de l'estomac, développé probablement sur une des faces ou une des courbures, ne donnant pas lieu aux grands phénomènes de sténose qu'occasionne le cancer du cardia ou du pylore. Le cancer était resté latent jusqu'au jour où il se propagea au foie. La constatation des bosselures hépatiques permet de faire le diagnostic de cancer du foie secondaire à un cancer de l'estomac, diagnostic qui comporte le pronostic que vous connaissez, avec une évolution probable de deux à trois mois.

A la vérité, l'histoire de ce malade est classique et typique. Elle montre que l'examen du malade, poursuivi pendant deux à trois semaines, nous fixant sur l'évolution de l'affection, conduit au diagnostic. Effectivement, nous avons vu se produire l'ascite, l'augmentation rapide de l'hépatomégalie, l'affaiblissement du sujet. C'est là un diagnostic d'hépatomégalie facile à faire. Je tenais à vous le présenter avant d'aborder le cas plus embarrassant du second malade.

Ce second malade est un homme de 59 ans, qui vint nous consulter à l'hôpital Beaujon, à peu près dans les mêmes conditions cliniques que le précédent. Le médecin qui le soignait nous l'adressait avec le diagnostic ferme de cancer du foie, nous demandant de confirmer ou d'infirmer ce diagnostic et de conseiller un traitement. Nous avons examiné le malade dans la pensée qu'il s'agissait d'un cancer du foie. Ce diagnostic était judicieusement basé d'ailleurs sur plusieurs des signes que je vous ai signalés, l'augmentation rapide du volume du foie, l'âge du sujet. L'hépatomégalie était aussi considérable que chez le précédent malade et elle s'était développée assez rapidement. Il est certain que la présence d'un foie qui s'accroît ainsi de jour en jour de dimensions, chez un homme de 59 ans, doit faire penser au cancer.

Eh bien, lorsque j'ai examiné le patient, j'ai été impressionné dans un sens différent. J'ai espéré et j'espère encore qu'une autre affection, moins redoutable, est en cause. J'ai constaté un foie volumineux. Je n'ai pas trouvé ici les bosselures reconnues chez le premier malade. Ce foie est très

résistant au doigt, dur dans son ensemble et remonte très haut, sans traces de bosselures, je le répète. Vous me direz qu'un foie peut être cancéreux sans bosselures ; ce n'en est pas moins là un caractère dont l'absence est importante à noter. Nous avons, d'autre part, toute une série de symptômes qui nous orientent dans un autre sens. Cherchons, d'abord, du côté des symptômes que j'ai appelés directeurs. Il n'y a pas d'ictère, pas d'ascite. L'ascite ne semble pas se développer. Donc, gros foie, sans ictère, ni ascite. Nous n'avons pas non plus d'élément faisant penser au kyste hydatique ou à la syphilis. Rien à la radiographie, réactions de Weinberg et de Wassermann négatives.

Nous sommes, en définitive, en face d'un gros foie sans fil conducteur du diagnostic. Nous allons trouver des bases diagnostiques dans l'examen de l'ensemble de l'organisme. Le malade se plaint depuis deux ans de troubles en rapport avec l'artério-sclérose et la néphrite urémigène. Il accuse des vertiges fréquents, qui ne paraissent pas dépendre de l'état digestif, des bourdonnements d'oreille, des troubles oculaires (mouches volantes), du refroidissement des extrémités, de la pollakiurie nocturne, un certain degré de céphalée. Ces symptômes méritent l'attention, par leur association surtout. En examinant le sujet, nous constatons que le cœur est augmenté de volume, bat fortement, avec un bruit de galop à l'auscultation. Le pouls est rapide, à 100 et au-dessus (pouls de l'insuffisance ventriculaire gauche, pour M. Lian). La tension artérielle est nettement augmentée, elle est de 23 à 25 dans ses maxima, de 15 et au-dessus dans ses minima. L'analyse des urines montre des traces d'albumine, comme on en trouve dans la néphrite chronique au début.

Cet ensemble de constatations autorise à dire que nous avons affaire à un malade atteint depuis longtemps déjà de néphrite chronique évoluant vers la dilatation du cœur. Eh bien, peut-il y avoir une relation entre ces phénomènes et le foie volumineux et dur ? Cette relation n'a pas été envisagée jusqu'à ces dernières années. J'ai été personnellement, tout à fait par hasard, amené à reconnaître une coïncidence fréquente entre le gros foie dur et l'hypertension artérielle. J'ai rencontré nombre de malades dans ces conditions. Pour le cas actuel, le diagnostic porté de cancer du foie était vraisemblable et judicieux, en raison du développement rapide de l'hépatomégalie, de l'âge, de l'état général altéré du patient. Et cependant, je ne crois pas qu'il s'agisse de cancer. Je pense que l'hépatomégalie est ici liée à l'insuffisance ventriculaire, liée elle-même à la néphrite chronique. Telle est mon impression clinique. Comment la vérifier ? J'ai mis le malade au traitement cardio-rénal : repos, alimentation appropriée, purgations, digitale. Si mon diagnostic est exact, je crois que d'ici quelque temps je pourrai vous montrer le patient non pas guéri, mais amélioré. Si, après 15 jours ou trois semaines, je vous présente le sujet avec un foie qui n'a pas augmenté de volume ou qui a diminué, j'aurais fait la preuve qu'il s'agissait bien d'un gros foie dur des hypertendus, comme je l'ai appelé.

Ce gros foie dur des hypertendus est fréquent et il faut en connaître l'existence. Lorsque vous trouvez une hépatomégalie sans autre symptôme faisant pencher vers une affection qui précise le diagnostic, pensez au gros foie dur des hypertendus. Vous arriverez à confirmer sa réalité si vous retrouvez les petits signes d'insuffisance ventriculaire, s'il y a un peu d'œdème des malléoles, d'œdème pulmonaire, etc. C'est là une forme anormale du foie cardiaque qu'il est bon de ne pas ignorer. Sa connaissance permet quelquefois, comme chez notre malade, de réformer un diagnostic, de porter un pronostic plus rassurant, et d'appliquer un traitement utile. Je tenais à vous la signaler à propos du diagnostic, souvent difficile, des hépatomégalies chroniques.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

CHIRURGIE PRATIQUE

Des inconvénients et des imperfections de l'anesthésie locale en chirurgie urinaire (1).

Par le Dr F. Cathelin,

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologi
Ancien chef de cl nique de la Facul'é de médecine

Malgré tous les assauts qu'a subis depuis une vingtaine d'années l'anesthésie générale, c'est encore vers elle, somme toute, en dépit des chauds partisans et des éloquentes plaidoiries du camp adverse, que vient se rallier la majorité des chirurgiens.

L'anesthésie locale, après une éclipse de dix années, ne reparaît que timidement sur la scène chirurgicale et l'anesthésie lombaire elle-même, dont la fécondité du début semblait illimitée, a perdu régulièrement une partie de son ancien domaine, à ce point que Bier lui-même, l'inventeur de la méthode, ne pratique pas plus maintenant de 5 % d'opérations avec anesthésie par voie rachidienne.

Toutes ces incertitudes, tous ces tâtonnements, ne sont-ils pas à signaler et à opposer à cette barrière, vieille de plus d'un demi-siècle, qui a tant étonné nos anciens maîtres et que le génie d'un enfant de 25 ans, Horace Wells, a découvert comme d'un coup de baguette magique ?

(1) Lire : *Traité de l'anesthésie* de Dumont et Cathelin ; chez Baillière, 1908.

I

Personnellement, nous restons fidèle à l'anesthésie générale au chloroforme ($CHCl^3$) pour les raisons que nous donnerons plus loin et aussi par suite des incertitudes, des inconvénients et des imperfections de *l'anesthésie régionale* (locale, tronculaire, ou rachidienne) que d'aucuns cherchent sans succès à faire revivre en ce moment.

Voyons donc les principaux de ces inconvénients (1)

1° *Longueur des manipulations.*

Il faut évidemment avoir sous la main une seringue stérilisée, une ou même plusieurs aiguilles stérilisées dont la conservation n'est toujours pas aisée ; il faut en outre, toujours prêtes, des solutions anesthésiantes stérilisées à titres différents, ce qui peut, dans certains cas d'urgence ou de chirurgie rurale, se rencontrer moins facilement qu'un flacon de $CHCl^3$. Enfin, il faut une cupule de réception.

2° *Attente trop longue et obligation d'une technique spéciale.*

Cette attente existe bien aussi pour le $CHCl^3$, mais à un moment où elle ne peut être un obstacle, c'est-à-dire pendant le nettoyage des mains, alors que dans l'autre cas, c'est après la stérilisation des mains que cette attente commence, pouvant faciliter les contages.

En outre, il est incontestable que la ponction lombaire et surtout les ponctions tronculaires exigent une technique spéciale qui peut manquer à beaucoup de chirurgiens, quelle qu'en soit la raison.

3° *Obligation de recourir souvent à l'anesthésie générale pour le temps principal.*

C'est là, à notre avis, le plus gros inconvénient de cette méthode qui devient alors mixte et bâtarde, ne pouvant donner aucune tranquillité d'esprit, puisque l'aide n'est pas évité et qu'au contraire, il doit être à tout instant prêt à donner soit le $CHCl^3$, soit du chloréthyle, manœuvre qui peut *surprendre* le malade même averti, et provoquer de sa part un faux mouvement qui va gêner l'opérateur.

Ce mariage des deux méthodes ne peut donner, outre son absence de simplicité, aucune sécurité, puisque c'est toujours dans les premiers moments de l'anesthésie générale, et non au cours de la narcose que les accidents qu'on lui reproche ont été observés.

4° *Nécessité d'anesthésier plusieurs plans.*

Le fait qu'une seule ligne d'injections superficielles traçantes ne peut évidemment provoquer l'anesthésie de la profondeur, exige d'insensibiliser chaque plan quand il s'agit d'opérations un peu compliquées. Il y a là une *véritable tyrannie* qui prend au chirurgien le meilleur de son temps, obligé de quitter le bistouri pour reprendre la seringue et cela sans sécurité entière.

Ce fait de transformer le chirurgien en aide-anesthésiste suffirait seul à faire abandonner ce mode d'analgésie, tout au moins pour les opérations importantes, en particulier pour la taille vésicale pour calculs ou pour prostatectomie, pour le rein et l'uretère .

Il me semble que si cette méthode peut à la rigueur se défendre pour les toutes petites interventions superficielles, elle n'est pas légitime pour les autres.

5° *Inconvénients pour le malade d'assister à son opération.*

Il y a là pour le chirurgien une *véritable obsession* dans ses faits et gestes qui deviendrait à la longue insupportable, le moindre froncement de sourcils ou des plis du front faisant croire au patient qu'il survient quelque chose d'anormal.

Un incident n'est-il pas toujours à craindre en cours de route, incident dont est seul responsable le chirurgien dont le fait d'être *surveillé* peut lui enlever tous ses moyens d'action. Voyez-vous le grand artiste brosser sa toile et dégrossir son bloc de marbre sous les critiques d'un public qui, derrière lui, épierait le moindre coup de pinceau ou la grosseur de l'éclat tombé sous le ciseau ? Ce serait tout simplement intolérable. On ne peut même objecter l'intérêt de l'autorisation donnée sur-le-champ par le malade au chirurgien qui lui ferait comprendre la nécessité, par exemple, de lui enlever un testicule qu'on pensait conserver, car de quelle valeur morale ou autre serait une telle autorisation donnée instantanément — et je tiens le fait d'un malade opéré récemment par un habile chirurgien suisse, sous l'empire d'une grande émotion, d'une grande douleur et surtout d'un grand désir de quitter au plus vite la table d'opération, ces interventions faites à l'anesthésie locale pour l'appareil génital externe étant en effet de celles — cela nous est souvent arrivé, — qui déterminent le plus d'états syncopaux, surtout à la sortie et à l'exploration du testicule ?

Ces objections persistent entières, d'ailleurs, pour les anesthésies tronculaires ou rachidiennes.

(1) Je n'aurais garde d'oublier ici l'anesthésie régionale qu'on obtient par la *voie épidurale* que j'ai découverte, il y a plus de dix ans, et qui n'est pas du tout, comme le croit Tuffier, « une technique compliquée, longue et incertaine ». (Congrès de Londres, 1913). Ses défenseurs sont surtout Lynch, Lœven, Stoeckel, Schlimpert, Heile, etc., qui ont successivement employé la novocaïne (bicarbonate), le véronal, la scopolamine pantopon, la scopolamine narcoph, etc. Pour les anesthésies basses, il faut 3/4 d'heure à 1 h. 1/2, d'attente ; pour les anesthésies hautes, 3/4 d'heure à une demi-heure. Il n'y a jamais d'accidents.

6° *Anesthésie imparfaite* (coefficient individuel). — Enfin, et ce n'est pas encore un des moindres défauts des anesthésies régionales, on ne sait jamais d'avance si l'anesthésie sera parfaite, car il y a un coefficient individuel qui ne se pèse et ne se mesure pas avec les balances de la clinique.

Tantôt, c'est un enfant qui gesticule pendant tout le temps qu'on mettra à faire son phimosis, tantôt c'est une femme nerveuse, grande névropathe qui passera son temps à faire des syncopes subintrantes, tantôt enfin c'est un vieillard qui aura de véritables accidents d'intoxication.

Je sais bien — et mes contradicteurs ne manqueront pas de le faire observer — que ces classes de malades sont en effet de celles où l'anesthésie locale a des indications beaucoup plus restreintes, mais alors, que penser d'une méthode qui ne peut s'appliquer *en toute sécurité* ni aux enfants, ni aux femmes nerveuses — elles le sont toutes — ni aux vieillards ?

En résumé, cette méthode d'anesthésie locale, que certains chirurgiens, par la perfection des détails, ont voulu pousser très loin, ne peut donner ce qu'elle a promis, d'autant plus qu'en dehors des six objections fondamentales précédentes, en existe toute une autre classe de secondaires, mais qui n'en sont pas moins à considérer, comme l'infiltration et le gonflement déterminé par la substance, ce qui peut être gênant en particulier pour le prépuce.

Elle oblige en outre à « brusquer » l'opération pour éviter d'entendre plus longtemps les cris d'un malade qui s'impatiente, ce qui ne peut être que préjudiciable à l'intéressé lui-même. *En somme, sécurité pour le chirurgien, insécurité pour le malade, voilà, à mon avis, tout le bilan de l'anesthésie locale.*

II

A côté de ces critiques justifiées, qu'avons-nous à reprocher à l'anesthésie générale, en particulier au $CHCl^3$?

Les dangers de son emploi ? La cocaïne n'en a-t-elle pas aussi à son actif, quelque soin qu'on mette à épurer finement toutes les observations mortelles. Et même pour le $CHCl^3$, combien en compte-t-on par mille ? peut-être une unité par 5000 ? C'est la part du feu qu'aucune méthode humaine n'arrivera à déjouer.

Personnellement, sur près de deux mille anesthésies, nous n'avons jamais eu de morts à signaler.

Même comme incidents, nos registres d'opérations n'en signalent que *quatre* sur une période de dix années.

Il y eut deux *alertes noires* qui se terminèrent sans incidents au bout d'une demi-heure d'efforts et deux *alertes blanches* qui furent certainement plus graves, mais qui se terminèrent également par la guérison ; l'une chez un enfant pour un phimosis, il y a 7 ans, l'autre plus récente, chez un vieillard, pour une hydrocèle.

Mais, en somme, que peuvent bien signifier ces quatre alertes sur un espace de temps aussi long ?

Ce danger, d'ailleurs, du $CHCl^3$ est encore très diminué du fait de l'anesthésiste, tout chirurgien tenant à avoir un aide spécial, *toujours le même*, pour ses anesthésies, ce qui réduit encore d'autant les incidents qui pourraient survenir dans des mains inexpérimentées.

En outre, le $CHCl^3$ permet cette *rapidité d'intervention* qui seule donnent la parfaite tranquillité d'esprit du chirurgien du côté anesthésie et la parfaite immobilité du malade. De plus, elle restreint encore considérablement les aléas du produit employé, du fait que le malade reste un temps très court sous l'influence anesthésique. Que de prostates ont été enlevées en quelques secondes ou en quelques minutes et qui par conséquent n'ont pas exigé plus de 2 à 3 grammes de chloroforme, avec l'appareil ?

Quelle supériorité sur l'anesthésie régionale que — tout au moins pour la chirurgie urinaire — ne peuvent tenter que ceux non encore familiarisés avec nos techniques si spéciales !

Ne sait-on pas qu'aujourd'hui il est possible d'enlever un rein malade en 5 ou 6 minutes, 10 à 12 minutes tout compris, avec le pansement, ce qui n'a pas exigé plus de 5 à 6 grammes de $CHCl^3$, surtout quand on prend l'habitude de ne pas attendre entre l'anesthésie complète et la ligne d'incision, et aussi d'arrêter l'anesthésie presque au milieu de l'opération ? On voit alors des malades causer familièrement avec leur entourage et les élèves, une fois replacés dans leur lit. Que nous sommes loin de ces anesthésies massives d'autrefois où les malades, abrutis, cuvaient encore leur $CHCl^3$ une heure ou deux après l'intervention !

Une autre considération, qu'on a voulu transformer en une arme contre le $CHCl^3$ et qui, en réalité, est au contraire un argument en faveur de ce mode d'anesthésie, est l'action que cet agent peut en particulier exercer sur le rein des urinaires.

Or, Guyon a bien montré que cette action du $CHCl^3$ sur le rein restant des néphrectomisés était quasi-nulle, ce qui explique que jamais, malgré l'état de déficience urinaire de nos malades, nous n'observons de morts par anurie ou urémie

C'est là un fait tout à fait curieux et digne d'intérêt qui montre encore, s'il en était besoin, le fossé profond qui existe entre les reins médicaux ou reins des néphrétiques et les reins chirurgicaux.

Il n'y a donc rien à craindre de ce côté et même aujourd'hui on ne voit plus, après les néphrec-

Demandes et Offres (Suite)

Conviendrait même à un médecin-chirurgien. Indemnité à débattre.

N° 181. — On demande étudiant en médecine sérieux et parlant bien pour visiter les médecins et présenter produit avantageusement connu depuis 18 mois.

CORRESPONDANCE HEBDOMADAIRE

1622. — « Sou Médical » à Dr C. à L. — Il ne nous sera possible de vous répondre que quand vous vous serez fait connaître. Nous ne répondons pas aux lettres anonymes.

Nous ne pouvons d'ailleurs vérifier si vous êtes bien membre du « Sou ».

1249 — Dr A. à M. à « Sou médical ». — Je vous serai reconnaissant, comme abonné au *Concours*, et membre du « Sou médical », de vouloir bien me donner les deux renseignements suivants :

1° Dans le certificat de consolidation que je délivre à un blessé du travail, dois-je indiquer (approximativement ou même d'une façon nette), le taux de l'incapacité que je crois devoir être accordée à l'ouvrier ?

Ou bien vaut-il mieux me contenter de la lui indiquer de vive voix, l'engageant à refuser, s'il y a écart trop grand, après l'expertise.

Et si je dois l'indiquer, le juge de paix peut-il me le demander ou m'y contraindre ?

2° Un blessé d'un doigt, (l'index droit par exemple) s'est fait une section des ligaments et de l'os complète de la dexième phalange, (la face dorsale seule tient encore) ; je fais des points de suture tout se « recolle », mais il y a ankylose des deux dernières articulations et le doigt est en extension.

La guérison obtenue, l'ouvrier s'aperçoit que ce doigt l'embarrasse plus qu'il ne lui sert ; et c'est aussi mon opinion ; je vais lui faire une amputation des deux phalanges : à mon sens, *c'est encore la compagnie qui doit payer cette opération*, car je n'ai pas encore donné le certificat de consolidation, et j'agirais encore par la méthode conservatrice si même cas se représentait.

Réponse. — 1° Il est préférable de ne pas indiquer le taux de l'incapacité dans le certificat de consolidation remis au

Suite page *XX*

tomies ou les néphrolithotomies, ces oliguries passagères qui étaient presque la règle il y a une quinzaine d'années, par suite de la longueur des opérations à technique très hésitante et des doses formidables de $CHCl^3$ que l'on donnait avec la compresse, sans éducation de l'anesthésiste, le plus souvent occasionnel.

***

En résumé, le $CHCl^3$ donne bien une parfaite tranquillité d'esprit, malgré son danger réel, danger nécessaire et dont il n'a pas le monopole. Il faut le craindre à la façon dont le craignait Maisonneuve, ce Titan de la chirurgie contemporaine, mais il ne faudrait pas mettre sur son compte ce qui souvent doit être mis sur le compte d'autres contingences.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Vaccinothérapie anti-gonococcique. — Bradycardie des scarlatineux. — Kyste hydatique du foie sans éosinophilie et avec réaction de Weinberg négative. — Action thérapeutique de la compression oculaire. — Traitement de l'ophtalmie gonococcique des nouveau nés. — Infection puerpérale avec accidents maniaques. — Le traumatisme fœtal indice d'avortement provoqué. — Paludisme et puerpéralité.

M. Comby et Mlle Condat présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude sur le *traitement de la vulvo-vaginite des petites filles par le vaccin anti-gonococcique du Dr Ch. Nicolle.*

M. Comby a traité par le vaccin de Nicolle quinze fillettes atteintes de vulvo- vaginite aiguë récente, à gonocoques, non compliquée. La vaccin a été employé seul, en injections intra-musculaires ou sous-cutanées, sans autre médication vulvaire ou vaginale. On ne constata pas de troubles réactionnels bien importants, sauf un peu de fièvre chez certaines malades, le soir de la piqûre. Les résultats ont été très satisfaisants. Dans la plupart des cas, l'écoulement diminua rapidement et finit par disparaître, en quinze jours, trois semaines, un mois, après 5,6, 10 injections. Sans vouloir affirmer catégoriquement la valeur absolue du vaccin de Nicolle dans les écoulements aigus blennorrhagiques des enfants, M. Comby croit à son efficacité et continuera à l'employer avec confiance.

M. Siredey a obtenu avec le vaccin de Nicolle des résultats assez inconstants. Il a traité par ce procédé neuf femmes atteintes d'infection gonococcique. Les écoulements vaginaux, uréthraux et cervicaux n'ont pas été sensiblement modifiés. Chez une femme atteinte de salpingite, par contre, la guérison a été obtenue à la dixième injection. M. Siredey, d'autre part, a été plus satisfait du vaccin anti-gonococcique dans le traitement des arthropathies blennorrhagiques.

— M. Teissier fait, au nom de MM. Monier-Vinard et Meaux-Saint-Marc, à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *bradycardie des scarlatineux.*

La diminution du nombre des pulsations cardiaques dans la scarlatine a été quelquefois notée par divers auteurs (Henri Roger, Barré, Apert, Petzetakis), à titre d'exception, il est vrai. MM. Monier-Vinard et Meaux-Saint-Marc ont fait des recherches prolongées sur ce sujet et ils ont eu la surprise de constater la bradycardie scarlatineuse très fréquemment. Ainsi, sur 270 malades, 165 ont présenté un rythme bradycardique. La bradycardie ne s'observe que dans des formes bien déterminées de la scarlatine. Elle se voit seulement dans les cas ordinaires ou bénins, tandis qu'au contraire, les cas intenses ou malins s'accompagnent toujours de tachycardie. Cette bradycardie de la scarlatine régulière et bénigne apparaît généralement au décours de la phase d'éruption fébrile. Le chiffre moyen du ralentissement a été de 56 pulsations pour les 136 observations d'adultes et de 64 pour les 29 observations d'enfants. La durée de la bradycardie post-éruptive fut, pour l'ensemble des malades, d'environ dix-huit jours.

Cette bradycardie des scarlatineux semble devoir rentrer dans la classe des bradycardies nerveuses. Elle est, en effet, transitoire, instable, irrégulière, modifiable par une série d'influences. Au point de vue clinique, elle doit se ranger dans le cadre des bradycardies post-fébriles dont le type le plus net est la bradycardie des oreillons avec laquelle elle a d'étroites analogies. Ce type de bradycardie nerveuse post-fébrile peut s'observer encore dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, le rhumatisme, etc.

La bradycardie vagotonique scarlatineuse est d'un bon pronostic. Elle se rencontre dans les cas bénins et est à opposer à la tachycardie vago-paralytique qui se voit dans les scarlatines intenses ou malignes et fait partie, avec la dyspnée et l'anurie, des éléments de fâcheux pronostic.

— MM. P. Emile-Weil et Pruvost rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *kyste hydatique du foie sans éosinophilie* et avec *réaction de Weinberg négative.*

Dans ces dernières années, la clinique des kystes hydatiques en général, de ceux du foie en particulier, s'est enrichie de symptômes nouveaux qui ont donné plus de précision au diagnostic. Au premier rang de ces symptômes nouveaux se placent l'éosinophilie, la réaction de Weinberg et l'examen radioscopique. Doit-on accorder à ces signes une confiance telle que leur absence suffise à éloigner le diagnostic de kyste hydatique ? A ce point de vue, MM. P. Emile-Weil et Pruvost relatent un cas où la réaction de Weinberg et l'épreuve radioscopique étaient négatives, avec absence d'éosinophilie, alors qu'il s'agissait d'un

kyste hydatique du foie auquel la malade succomba.

En réalité, un certain nombre de cas ont été déjà signalés où la réaction de Weinberg fut négative. De même pour l'éosinophilie. De même, pour l'interprétation de l'examen radioscopique. On ne saurait donc attacher aux réactions biologiques, dans le diagnostic des kystes hydatiques, plus d'importance qu'aux signes cliniques purs.

— M. Loeper et Mlle Weil signalent, à la *Société médicale des hôpitaux, l'action favorable de la compression oculaire sur certaines manifestations nerveuses* (*hoquet, bâillements*, etc.).

Le réflexe oculo-cardiaque, depuis les premières études de M. Loeper, a donné lieu à de nombreux travaux. On a observé que la compression oculaire ne déterminait pas seulement du ralentissement du pouls, mais une série d'autres phénomènes, de l'hypotension artérielle, des troubles respiratoires, de la glycosurie, de l'albuminurie, parfois.

On a cherché à utiliser la même manœuvre comme moyen en quelque sorte thérapeutique. Chez des malades sujets aux vertiges, chez d'autres, sujets aux spasmes pharyngo-œsophagiens, à des troubles asthmatiformes, M. Loeper a constaté l'action suspensive de la compression binoculaire. Des résultats plus frappants encore ont été obtenus dans trois ordres de phénomènes, d'ailleurs assez voisins : le bâillement, l'éternuement simple ou à répétition et surtout le hoquet. Quand on comprime les deux yeux d'un individu qui bâille, on suspend le bâillement et on le fait en quelque sorte avorter ; on peut, par la même compression, prévenir un éternuement ou interrompre une série d'éternuements. Le hoquet, dans plusieurs cas, a été presque instantanément arrêté par la compression oculaire.

Ces phénomènes s'expliquent par une action spéciale sur les centres bulbaires. On peut ainsi, par la compression oculaire, provoquer dans le bulbe une incitation nouvelle qui se substitue au déséquilibre momentané dont il est le siège.

— M. Morax fait à la *Société d'obstétrique et de gynécologie* de Paris une communication sur le *traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né.*

Pendant ces huit dernières années, M. Morax a eu à soigner 110 cas d'ophtalmie gonococcique du nouveau-né. Le traitement utilisé a consisté en cautérisations biquotidiennes avec la solution de nitrate d'argent à 2 %, en instillations répétées toutes les deux heures avec un collyre à l'argyrol à 1 /5 et en lavages à l'eau bouillie. Dans 15 cas seulement, il y eut des ulcérations de la cornée, proportion inférieure à celle signalée habituellement (25 à 28 %).

Dans six cas d'ophtalmie gonococcique, on a eu recours au traitement vaccinothérapique. Ce traitement a été appliqué seul pendant quelques jours, puis l'apparition d'érosions cornéennes dans deux cas, l'absence de modifications manifestes dans la sécrétion, ont engagé M. Morax à y adjoindre la médication argentique. L'auteur pense qu'il ne faut pas faire trop confiance à la vaccinothérapie et qu'il convient de ne pas négliger le traitement argentique, dont l'efficacité est établie.

— M. Cyrille Jeannin rapporte à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* une observation *d'infection puerpérale avec accidents maniaques.*

Cette observation vient confirmer l'origine infectieuse de maints cas de manie puerpérale et montre tout le bénéfice thérapeutique que l'on peut attendre, en pareille occurrence, de l'intervention chirurgicale. La malade, en effet, guérit de ses accidents mentaux, après hystérectomie abdominale totale.

— M. Audebert, à la *Société obstétricale et gynécologique de Toulouse*, parle de la *valeur du traumatisme fœtal comme indice d'avortement provoqué.*

Dans un cas d'avortement de 2 mois 1 /2, l'auteur a constaté, sur l'embryon, une perforation de la paroi abdominale, à bords nets, de 2 à 3 millimètres de diamètre. Cette perforation était-elle la conséquence d'une manœuvre criminelle ? M. Audebert est porté à le croire, mais il pense qu'au point de vue médico-légal, il serait difficile de poser des conclusions formelles. On sait, en effet, que MM. Tissier et Bonnaire ont pu produire expérimentalement des éclatements de la paroi abdominale du fœtus en le faisant passer au travers d'une filière analogue à un col mal assoupli.

— M. Fournier rapporte à la *Société obstétricale et gynécologique de Toulouse* une observation de *paludisme et puerpéralité.*

La malade de M. Fournier présenta, pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, un réveil de paludisme simulant l'évolution de la thrombophlébite infectieuse. L'analyse des symptômes permit de faire le diagnostic différentiel. Ainsi, le maximum thermique s'observait le matin et non le soir. De plus, la température n'était pas en rapport avec les troubles généraux (céphalée, frissons, sueurs, avec 37°3 de température).

P. L.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Les formes de l'emphysème au point de vue de leur traitement.

L'emphysème pulmonaire présente à l'observateur plusieurs variétés anatomiques et ces variétés ont une grande importance au point de vue clinique, parce qu'elle ne comportent pas le même traitement.

Dans l'*emphysème sénile* par exemple, où les lésions sont atrophiques (petits poumons), on observe une raréfaction du tissu pulmonaire que l'on ne trouve pas ailleurs. Il se forme même, au

sommet, des cavités communiquant les unes avec autres comme les lacunes d'une éponge. Cet état morbide, décrit par Magendie, est considéré comme le degré le plus élevé de l'emphysème vulgaire.

On ne traitera pas cette affection sénile comme les lésions analogues de l'adulte et ici, les iodés, iodostarine (2 à 3 cachets par jour), iodure de sodium, devront être unis aux effets cardiaques de la digitale. La digalène (1) qui est une digitale totale qui ne s'accumule pas, est particulièrement utile dans ces cas chroniques, ainsi que l'iodostarine (2) dont les effets secondaires sont négligeables.

Emphysème des tuberculeux. — Il y a une forme spéciale d'emphysème qui accompagne fréquemment la tuberculose ; c'est un *emphysème partiel*, situé à la limite des foyers tuberculeux, à la périphérie des cavernes occupant une étennue peu considérable. D'après Grancher, cet emphysème présente des caractères histologiques spéciaux et l'association des granulations tuberculeuses, de la sclérose, de la dilatation des alvéoles avec destruction de leurs parois, fait ressembler le tissu d'un lobule pulmonaire à un large réseau ganglionnaire. Aussi, Grancher a-t-il proposé d'appeler cette lésion : emphysème réticulé des tuberculeux. Cet emphysème ne sera pas traité par la même médication que l'emphysème sénile, et les préparations gaïaco-sulfonées (comprimés ou cachets Roche de thiocol) sont les premières indiquées. Parfois le sirop Roche est préféré par ces malades fatigués des remèdes au bout d'un temps plus ou moins court. Ces préparations agissent sur la bronche en aseptisant la muqueuse. Mais ce qu'il faut avoir en vue surtout dans ce traitement de l'emphysème du tuberculeux, c'est empêcher la toux qui augmente la lésion. Plus que la codéine, qui vite perd son effet sédatif et mieux que la morphine, dangereuse au tuberculeux, on aura le pantopon sirop, qui, à la dose de 3 à 6 cuillerées à café par jour, est un sédatif tout à fait remarquable de la toux et presque sans inconvénients. Il s'agit là de l'opium total soluble facilement éliminé et d'activité maxima pour un opiacé.

Emphysème vésiculaire aigu. — Dans toutes les affections se compliquant brusquement d'une dyspnée intense, comme le croup, la bronchite capillaire, l'urémie, etc., on observe ordinairement un emphysème aigu, le plus souvent partiel et disséminé ; il s'agit d'une ectasie simple des alvéoles sans atrophie des cloisons et sans oblitération des capillaires : c'est pour ces caractères que Biermer a voulu le désigner sous le nom de distension simple du poumon. Cette lésion peut rétrocéder, et, pour faciliter cette guérison, il est évident qu'une médication sédative de la toux et de la dyspnée sera indispensable. Contre ces accès de dyspnée intense, l'injection sous-cutanée ou intra-musculaire d'une ampoule de pantopon sera indiquée.

Emphysème interstitiel ou interlobulaire. — Cet emphysème appartient à la première enfance et reconnaît pour cause la déchirure de quelques alvéoles dilatés à l'excès. L'air pénètre dans le tissu conjonctif interposé aux lobules et y forme de petites bulles transparentes. C'est une variété de l'emphysème aigu ; il faut savoir que, dans cette lésion, l'air peut s'infiltrer sous la plèvre et gagner même le tissu cellulaire du médiastin. Comme traitement, nous ne voyons guère ici que le sirop Roche au thiocol (1) qui agira sur l'élément bronchitique catarrhal, lequel ne manque guère et sur l'élément infectieux. Mais les ventouses et quelques doses faibles de pantopon (2) sous forme de sirop (une à deux cuillrerées à café) donneront de meilleurs résultats, tout au moins palliatifs.

Dr Belerd.

(1) Voir G. Pouchet et G. Bardet : Etude pharmacodynamique et thérapeutique de la digalène. *Bulletin général de thérapeutique*, Paris, 30 avril 1913.

(2) L'iodostarine est l'acide diiodo-6-7-élaïdique d'Arnaud (Commun. Acad. des Sciences, CXII, p. 79 et p. 1000) ; c'est une combinaison organique, particulièrement riche en iode, sans aucune saveur, soluble seulement dans l'intestin et s'ordonnant aux mêmes doses que l'iodure de potassium (Darier, in Posternak. *Bull. gén. de thérap.* 1911, p. 368, Brouet, *Bull. Méd.* 1914, p. 64, etc).

(1) Il y a plus de quinze ans que le thiocol est administré avec succès dans les affections broncho-pulmonaires (Schoull, Commun. Acad. de Méd., 31 juillet 1900) ; il est aujourd'hui le médicament classique de ces affections et en particulier de la tuberculose (Laffont, Lombard, Kaplanski, Teissier, Rénon, Lemoine, Gérard, Capitan, Chartier, Gillet, etc).

(2) Chez les enfants, le pantopon a été utilisé avec d'excellents effets par Ausset, *Péd. prat.*, 1913, p. 251, Colibœuf, Thèse de Bordeaux, 1913 ; au surplus, on peut consulter avec profit à ce sujet les thèses Trotain (Paris, 1911), Souty (Lyon, 1910), Soncourt (Nancy, 1912), Cot et Le Calvez (Montpellier, 1912), Mourlan et Bigou (Toulouse, 1913), etc.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Sur cinq cas d'appendicites graves avec abcès pelviens.

M. Marcel Sénéchal publie sur cette question un très intéressant travail dans *La Gazette médicale de Paris*.

Les appendicites aiguës s'accompagnant d'abcès pelviens sont éminemment rares.

L'abcès pelvien est toujours primitivement unique, en réalité, abdomino-pelvien. Seule, la réaction de péritonite plastique, réaction de défense de l'organisme contre l'infection envahissante de la grande cavité péritonéale, produira,

selon les caprices du cas particulier : les abcès ilio-pelviens droits ; les abcès ilio-pelviens gauches ; l'abcès pelvien proprement dit ; les abcès bi-ilio pelviens ; les abcès pelviens étoilés à centre appendiculaire ; les abcès multiples disséminés entre les anses intestinales ; l'abcès pelvien avec péritonite généralisée.

L'appendicite aiguë est plus fréquente dans le sexe masculin que chez la femme. Il est donc naturel que l'abcès pelvien se rencontre plus fréquemment chez l'homme.

Rappelons les symptômes de suppuration fournis par le thermomètre, l'*accalmie traîtresse* de deux ou trois jours de durée, le refroidissement apparent possible alors que longtemps après on trouve encore du pus dans le petit bassin à l'opération, alors même que celui-ci a disparu de la région cæcale. La pratique systématique *du toucher rectal* évitera un oubli opératoire. Les symptômes urinaires ne font presque jamais défaut dans cette forme évolutive de l'appendicite aiguë. Outre les phénomènes de cystite déjà mis en lumière existe un signe d'importance primordiale : c'est la douleur très vive dans la verge, éprouvée par le malade, douleur s'accompagnant souvent de rétention totale des urines dans la vessie. Il peut être fugace et ne se produit qu'une fois. Un interrogatoire serré du malade le mettra toujours en évidence.

Les autres symptômes urinaires (cystite, dysurie, rétention) sont suffisamment importants pour appeler l'attention sur le petit bassin.

Pour tous les abcès pelviens avec péritonite localisée au pelvis, la ponction du rectum avec drainage de l'abcès par l'anus est le moyen thérapeutique le plus simple et le plus efficace.

Dans le cas de péritonite généralisée, la laparotomie médiane terminée par un drainage abdomino-rectal s'impose.

Chaque fois qu'il sera possible, il est infiniment avantageux de pratiquer d'abord par le rectum une évacuation du pelvis et un drainage.

La laparotomie sera pratiquée une quinzaine de jours après la première intervention, alors que tous les phénomènes aigus sont éteints. Cette conduite a été suivie dans deux cas et a donné les plus brillants résultats.

L'oxygène dans le traitement des péritonites aiguës

L'oxygène dans le traitement des péritonites aiguës, dit le Dr Baudet, donne aux chirurgiens une arme puissante contre cette redoutable maladie. On peut, une fois l'opération terminée, « remplir le ventre d'oxygène et refermer complètement la paroi », en supprimant tout drainage ; on peut faire passer, plusieurs fois par jour, un courant d'oxygène, à travers le tube de drainage. On peut, enfin, suivant la technique de l'auteur, établir un courant continu. L'oxygène agit comme antiseptique, comme modificateur de la séreuse péritonéale, comme relevant l'état général du malade. Son usage étant sans inconvénients et de la plus grande simplicité, l'oxygène doit venir s'ajouter aux autres méthodes déjà mises en usage, dans le traitement des péritonites aiguës.

Petite correspondance de médecine pratique

A propos des injections intratrachéales. Revendication et rectification.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Sous le titre que je viens de transcrire, je lis, dans le n° 20 (17 mai) de votre journal un article dans lequel le Dr de la Jarrige revendique la priorité des injections intratrachéales. L'argument du signataire de l'article est assez original : « Les « travaux sur ce sujet publiés en 1889 ne répon- « daient en aucune façon aux desiderata indis- « pensables à l'orthodoxie de la manœuvre. S'il « en eût été autrement, comment admettre que, « ni à la Société de Biologie, ni au Congrès de la « tuberculose, ni ailleurs, il ne se soit trouvé per- « sonne dans ces doctes assemblées, toujours si « averties, pour opposer le déjà vu à mes com- « munications ». — Les travaux publiés en 1889, ce sont mes articles de la *Revue de médecine* (1).

Ces articles, émanés d'un interne des hôpitaux de province, ont été ignorés des membres de la Société de Biologie et du Congrès de la tuberculose, et ce fait paraît suffisant au Dr de la Jarrige pour les considérer comme nuls, non avenus. Alors, je suis obligé d'en appeler du Dr de la Jarrige mal informé au Dr de la Jarrige mieux informé et de lui dire :

En 1889, alors que j'étais interne du Dr Garel, j'ai fait souvent sous sa direction des centaines d'injections intra-trachéales. Je n'ai rien inventé, puisque c'est mon maître qui m'a appris à faire les injections.

Je ne revendique donc rien pour moi-même mais bien pour mon maître Garel. Nous avons fait bien avant de la Jarrige et bien avant Guisez des traitements suivis et prolongés de tuberculeux pulmonaires au moyen d'injections intratrachéales d'huile créosotée, et si nous n'avons jamais réclamé la priorité de cette idée, c'est que nous avons employé pour injecter notre huile dans la trachée une seringue spéciale qui s'appelait et s'appelle encore la seringue de Bechag ; nous avons supposé que si Bechag s'était donné la peine de construire une seringue ayant une canule courbée comme les instruments servant aux opérations endolaryngiennes, c'était apparem-

(1) L. Dor. — Injections intratrachéales d'huile créosotée. *Revue de médecine*, 1889.

ment qu'il ne destinait pas cette seringue à sulfater la vigne.

Recevez, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Louis Dor.

VARIÉTÉS

L'antisepsie (vieux souvenirs),

Par le Dr Amédée Tardieu
du Mont-Dore.

Quand on prend de l'âge et qu'on jette un coup d'œil en arrière, ce qui frappe c'est de voir le peu de justice que l'on rend aux hommes de progrès. J'appartiens à la génération qui ayant fait ses études de 1862 à 1870, supporta tout le poids de la guerre, vit le commencement des grandes découvertes scientifiques et applaudit tout à la fois Claude Bernard et Pasteur. Mais à part ces deux grandes exceptions qui honorent notre pays, on ne voit qu'injustice pour les inventeurs français.

Voyez plutôt mon regretté et distingué collègue d'internat, Lucas-Championnière. Il attribue à l'anglais Lister la découverte de l'antisepsie, vers 1868, alors qu'en 1866, j'ai vu Lister venir à l'Hôtel-Dieu de Paris, dans le service de Maisonneuve dont j'étais l'interne, discuter et admirer lui-même l'antisepsie. Les lecteurs du *Concours* me permettront de dire ce que j'ai vu et seront heureux de savoir que l'antisepsie est une œuvre française.

Pour être juste, il faut remonter à Raspail, et à ses études sur le camphre. Raspail prétendait guérir toutes les maladies internes avec le camphre et les plaies externes avec l'alcool camphré. On peut lire avec intérêt ses discussions avec la Faculté et Orfila.

Le docteur Declat, vers 1860, reprit la théorie de Raspail. Declat convertit Maisonneuve, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et dès 1862, Maisonneuve employait dans son service l'eau phéniquée, l'alcool camphré, le vin aromatique et même l'alcool ordinaire plus ou moins étendu d'eau.

Avec mes regrettés camarades Nepveu et Lelong, de Chartres, je fus interne chez Maisonneuve durant le second semestre de 1866. A cette époque, il y avait trois services de chirurgie dans le vieil Hôtel-Dieu, aujourd'hui disparu, et qui s'étendait sur les deux bords du petit bras de la Seine. L'entrée du vieil hôpital était à peu près où est la statue de Charlemagne, et de nos chambres d'internes, fort insalubres, on pouvait pêcher dans le petit bras de la Seine.

Ceux qui ont vécu à cette époque, se rappellent certainement les ravages que l'infection purulente faisait dans les services de chirurgie. La mort était la terminaison ordinaire des opérations. On pansait les plaies au cérat de Gallien et à la charpie. Les linges à pansement étaient dans des corbeilles au milieu des salles, et naturellement étaient remplis de microbes. Maisonneuve a été le premier à s'élever contre un pareil état de choses, et je crois remplir un acte de justice en proclamant que c'est lui qui a été le véritable père de l'antisepsie.

Oh, certes, Maisonneuve n'était pas un homme de caractère facile ; mais, quand on savait le prendre, on n'avait qu'à se louer de lui. J'arrivai dans son service au mois de juillet 1866 par permutation. Interne de première année, je quittais la Salpêtrière, où j'avais passé six mois dans le service de mon vénéré maître, Falret père, et je remplaçais un camarade d'internat vis-à-vis duquel Maisonneuve avait été brusque, presque violent. Je crus de mon devoir d'aller prévenir le directeur de l'hôpital, que je serais un interne plein de zèle et d'obéissance vis-à-vis de mon nouveau chef, mais que je ne supporterais pas que sa main fût trop légère à mon égard. Le directeur était fort embarrassé. Il me conseilla d'aller franchement vers Maisonneuve et de lui dire la réflexion que je venais de faire. Un moment d'hésitation fut vite passé. Rencontrant Maisonneuve dans la petite salle où il changeait d'habit, je lui dis nettement : « Monsieur et honoré maître, je suis le nouvel interne qui arrive dans votre service. On m'a dit que vous étiez terrible pour vos internes. Je n'en crois rien. Je serai un interne respectueux et dévoué, mais je dois vous dire ceci : Vous êtes Breton, de Nantes, je crois ; je suis Auvergnat. Vous êtes solide. Je le suis. Donc, si vous me manquez, prenez garde à vous. » Maisonneuve partit d'un éclat de rire, et me tendant la main, me dit : « J'aime ça, topez-la, et vous verrez que nous serons bons amis. » Et de fait, après Denonvillier et Nélaton, il est le maître dont j'ai gardé le meilleur souvenir.

Dans les salles, nous passions beaucoup à l'eau phéniquée, dont l'odeur forte et nauséabonde n'était pas supportée par tout le monde. Aussi quand on rentrait déjeuner à la salle de garde, les camarades criaient parfois contre les Maisonneuve.

Je me rappelle encore les discussions du grand Pasteur et de Pouchet de Rouen. Notre service était souvent le lieu de ces discussions. Pouchet soutenait que les microbes naissaient dans l'air spontanément. Pasteur au contraire, disait que tout microbe naissait d'un autre microbe. Et dans notre salle de garde nous étions divisés en deux camps, les Pasteuriens et les Pouchéistes, ce qui ne nous empêchait pas, du reste, d'être parfaitement d'accord. Quatre d'entre nous et je fus du

nombre, partirent au choléra d'Amiens, et furent fêtés plus tard par la salle de garde pour leur belle conduite ; et de mon côté, je revins à l'antisepsie.

Pour ceux qui venaient souvent dans le service de Maisonneuve, je dois une mention spéciale au docteur Jules Guérin, qui était membre de l'Académie de médecine et était directeur d'un journal médical. Jules Guérin eut un jour l'idée d'apporter un manchon de caoutchouc et une machine pneumatique pour faire le vide.

Maisonneuve faisait, ce jour-là, une amputation de cuisse. Jules Guérin enveloppa le moignon dans son manchon de caoutchouc et fit le vide, ajoutant que les microbes seraient ainsi dans l'impossibilité d'arriver sur la plaie qui guérirait par première intention. L'expérience ne put être faite complètement, car un accident fit ouvrir le manchon. Il y avait là cependant une idée intéressante.

Bref, cette même année 1866, on pouvait constater ceci : alors que les blessés des autres salles de chirurgie mouraient d'infection purulente, les opérés de Maisonneuve guérissaient tous, dans nos salles. Aussi Nepveu, Lelong et moi étions, je ne dirai pas des fanatiques, mais des adeptes très convaincus de l'antisepsie. Chacun de nous se fit un devoir d'apporter en 1867, dans son nouvel hôpital et son nouveau service, les idées de Maisonneuve.

Personnellement, j'arrivai le 1er janvier 1867 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Foucher. Foucher était agrégé de l'école, et seul agrégé connaissant suffisamment les maladies d'yeux pour faire une clinique d'ophtalmologie.

A cette époque, les spécialistes, quels qu'ils fussent, étaient mal notés à la faculté de médecine. Que les temps sont changés depuis, et avec juste raison !

Foucher demandait des internes ayant quelques connaissances en ophtalmologie. Mon vieil ami Auguste Bousseau, de Cholet, et moi, avions précisément suivi les leçons de Giraud-Teulon, Desmarres et Wecker. Foucher nous reçut avec joie ainsi que notre collègue Valin, d'Angers. Foucher fut vite converti à la théorie de Maisonneuve. Bien plus, le chef du service de chirurgie voisin, le docteur Alphonse Guérin, venait voir nos malades et opérés. Un matin il nous dit : « J'ai trouvé mieux que Maisonneuve. Puisqu'il s'agit d'arrêter des microbes, j'entoure les blessures ou plaies de mes malades d'un fort manchon de ouate, et je le laisse de 7 à 8 jours. » L'appareil ouaté d'Alphonse Guérin fit quelque bruit, mais tomba de lui-même, malgré le soin et l'habileté de mon vieil ami et ancien collègue Jacques Reverdin, de Genève.

Mais on parlait déjà beaucoup, en 1867, dans les hôpitaux, de la méthode antiseptique de Maisonneuve.

Nous perdîmes malheureusement, dès les premiers mois de 1867, notre chef le docteur Foucher. Mon ami Bousseau qui connaissait intimement le docteur Panas, le décida à s'occuper d'ophtalmologie. L'excellent professeur Panas est mort, mais son nom restera et notre ami commun, le docteur Bousseau, de Cholet, avait été bien inspiré.

En 1868 chez Parrot, en 1869 chez Denonvilliers à la Charité, j'eus la joie de voir proclamés partout la supériorité et les bons effets de la théorie de Maisonneuve.

En 1870, comme chirurgien en chef de la 8e ambulance de la Société de secours aux blessés, je pus appliquer en grand l'antisepsie, soit à Sedan, soit au siège de Paris. L'antisepsie n'était plus contestée, et j'entendis mon vénéré maître, le grand Nélaton, me dire un jour pendant le siège de Paris, en recevant mes blessés d'avant-poste : « Maisonneuve a raison. L'antisepsie est son œuvre et il peut en être fier. Que ne suis-je plus jeune pour l'appliquer ! » Il mourut quelques mois après la guerre.

Quant à Maisonneuve, il y a 4 à 5 ans à peine qu'il est mort à Nantes, sa ville natale, presque centenaire. Il avait, je crois, 95 ans. Mais sa mémoire est de celles que doit conserver et honorer la science française.

BIBLIOGRAPHIE

Le diabète arthritique, par le Dr Albert VEILLARD, médecin consultant à Vichy (Paris, Librairie Bougault, 48, rue des Ecoles, Broch., 144 p.: 1 fr. 50.)

Dans cette brochure, l'auteur s'occupe de la pathogénie, du régime alimentaire et du traitement du diabète arthritique. Pour lui, le diabète est le résultat d'une intoxication complexe qui a rompu l'équilibre des éléments minéraux de l'organisme et provoqué une dégénérescence, dans la plupart des cas définitive, des diastases préposées au métabolisme, des aliments hydrocarbonés.

Le régime des diabétiques doit être basé, non pas sur le plus ou moins de richesse des aliments en substances azotées, ou hydrocarbonées, mais sur leur teneur en éléments de fonction acide (phosphore, soufre, chlore, acides organiques) d'une part, ou en éléments de fonction alcaline (potasse, soude, chaux, magnésie), d'autre part.

L'auteur donne une série de tableaux inédits et de régimes qui rendront service aux praticiens en leur permettant d'établir un traitement du diabète d'après ces indications nouvelles.

CORRESPONDANCE

Association internationale de perfectionnement scientifique et médical.

Hommage au Dr Jeanne.

A Monsieur le Dr J. Noir,

Rédacteur en chef du *Concours médical*,
Membre titulaire de l'A. P. M.

Paris.

Mon cher collègue et ami,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance et de vous prier de vouloir bien informer le Comité du *Concours médical* que, dans sa dernière séance plénière, le Conseil central de notre Association, par un vote unanime, a décidé d'inscrire le nom de notre regretté collègue, le Dr *Hippolyte Jeanne*, à la suite de ceux des sociétaires éminents dont la mémoire demeurera éternellement perpétuée en tête de nos listes, en tête de nos Comités.

L'hommage ainsi rendu par notre Conseil central à un ami de la première heure, toujours demeuré fidèle à notre action, ne saurait, cependant atténuer le chagrin que nous a causé à tous sa perte prématurée et irréparable : le Dr Jeanne est de ceux qu'on ne remplace pas, il ne sera point pourvu à la vacance créée par son décès à notre Comité scientifique

Veuillez agréer, mon cher collègue et ami, les assurances renouvelées de mes sentiments affectueusement dévoués et croire à l'expression sincère de ma peine personnelle dans la présente et triste circonstance.

Le Président de l'A. P. M.
J.-A. Etienne-Bazot.

Nous sommes très touchés de l'hommage rendu par l'A. P. M. à notre regretté directeur, M. le Dr Jeanne. Nous remercions bien vivement le président de cette intéressante Association, M. J.-A. Etienne-Bazot, d'avoir bien voulu nous en faire part. Nous le prions de transmettre à ses collègues l'expression de notre gratitude.

Circulaire administrative inadmissible.

J'ai l'honneur de vous adresser une circulaire que je viens de recevoir du préfet du Morbihan.

Non pas que je critique la circulaire en elle-même dont je ne puis, comme médecin, qu'approuver les termes.

Mais ce qui m'a le plus étonné, c'est que dans la liste des agents chargés de veiller à l'exécution de la circulaire, on mette après les sous-préfets, les maires, les

gendarmes, etc., les médecins et pharmaciens et qu'on s'adresse à eux absolument comme à des fonctionnaires en leur intimant impérativement :

« Je vous prie de vouloir bien veiller à l'observation rigoureuse de ces prescriptions, et signaler au Parquet les contrevenants aux précédentes prescriptions ».

Nous ne sommes pas des fonctionnaires, et encore moins des agents chargés de dénoncer les contrevenants, par ordre ministériel ou préfectoral.

Il faut vraiment que l'autorité supérieure ait perdu la notion de notre rôle pour nous faire une invitation pareille.

Ou alors peut-être, nous considère-t-on comme des fonctionnaires gratuits à la disposition complète de l'autorité. On a tant abusé de nous depuis quelque temps, pour l'exécution des lois sociales !

A moins que la circulaire ne soit le fait d'un subordonné et ait échappé au contrôle du préfet.

Département du Morbihan.

Instructions et circulaires d'assistance et d'hygiène publiques.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Vannes, le 16 avril 1914.

Le Préfet du Morbihan,

A Messieurs les Sous-Préfets, Maires, Commissaires de police, Commandant de gendarmerie, chefs de brigade de gendarmerie, médecins et pharmaciens du département.

Par circulaire en date du 20 février dernier, M. le ministre de l'Intérieur a appelé mon attention sur les inconvénients que présente, au point de vue de la santé publique, la mise en vente d'un cigare dit « Cigare antiseptique Bucolo » ne renfermant pas de tabac et dégageant de la fumée sans qu'il soit nécessaire de l'allumer.

Le cigare en question a les dimensions et l'aspect d'un cigare ordinaire. Un dispositif spécial permet au fumeur d'aspirer les vapeurs d'ammoniaque qui, venant au contact d'une pierre ponce granulée et imprégnée d'acide chlorhydrique, donnent des vapeurs de chlorhydrate d'ammoniaque. Ces vapeurs sont mélangées d'un excès, soit de gaz ammoniac, soit de gaz chlorhydrique, c'est-à-dire de produits qui ne peuvent être considérés comme inoffensifs pour les voies buccales et respiratoires.

La fabrication du « cigare Bucolo » s'inspire des mêmes principes que les « Cigares Ferly » et les « Cigares comme il faut », et leurs caractères nocifs ont été exposés devant le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, il y a quelques années.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, au cours de sa séance du 12 janvier dernier, a reconnu, sur le rapport présenté par M. le professeur Gautier, directeur de l'Ecole supérieure de pharma-

cie, que les cigares « Bucolo », « Ferlys », « Comme il faut » et d'autres cigares de même nature, présentaient des inconvénients pour la santé publique.

En conséquence, de l'avis émis par ce corps savant et suivant les instructions de M. le Ministre de l'Intérieur, la fabrication, la vente et le colportage des appareils dont il s'agit sont interdits.

Je vous prie de bien vouloir veiller à l'observation rigoureuse de ces prescriptions et signaler aux parquets les contrevenants aux présentes prescriptions.

Le Préfet du Morbihan.

A Monsieur le Dr X. à Z.

Réponse.

La circulaire que vous nous avez transmise est une formule générale, adressée à tous les agents qui dépendent du préfet et envoyée en communication au Corps médical.

Nous ne pensons pas qu'il faille prendre à la lettre la circulaire du préfet, qui ne peut évidemment concerner les médecins.

Comme vous le faites très justement remarquer, nous ne sommes pas des fonctionnaires, de même que, liés par le secret professionnel, nous ne pouvons pas nous porter dénonciateurs de nos clients

Aussi, pouvons-nous considérer comme ne nous concernant pas les instructions contenues *in fine* dans la circulaire.

La médecine en adjudication.

Je vous adresse un journal breton, l'*Ouest-Eclair*, à la partie maritime duquel vous trouverez un article que j'ai souligné (8e page) et auquel on pourrait mettre le titre : *La médecine en adjudication.*

Visite médicale des inscrits. — L'arrêté ministériel du 28 mars 1914, modifiant l'article 31 de l'arrêté du 30 juillet 1910, a supprimé l'obligation de soumettre à une visite médicale tous les inscrits maritimes atteints par la levée. Cette visite n'aura lieu désormais qu'à l'égard de ceux qui invoqueront des infirmités susceptibles de motiver leur mise en réforme sur pièces. Elle sera passée par un médecin de la marine ou, à défaut, par un médecin militaire.

S'il n'existe, dans le chef-lieu du quartier ou du syndicat, que des médecins civils, l'administrateur de l'inscription maritime devra inviter chacun d'eux à lui faire connaître le taux des honoraires qu'il fixerait pour chaque visite médicale. Ceux qui auront indiqué le prix le plus bas seront agréés concurremment pour la visite dont il s'agit par l'administrateur et avisés de cette décision.

Tout inscrit rentrant dans l'un des cas prévus par l'article 31 de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1910 susvisé devra être laissé entièrement libre de s'adresser à l'un des médecins civils ainsi agréés, dont la liste lui sera communiquée. Un bulletin de visite portant le nom du marin et celui du médecin choisi par lui sera soumis à l'intéressé : c'est sur ce bulletin que devront être consignés les résultats de l'examen médical.

Dans le cas où l'intéressé préfèrerait se faire visiter à ses frais par un médecin civil autre que ceux agréés par la marine, il devrait y être autorisé ; mais aucun bulletin de visite ne devrait lui être fourni par l'administration afin d'éviter toute contestation relative au payement des honoraires du praticien.

Les règles ci-dessus ne sont applicables qu'aux inscrits présents dans la circonscription d'un quartier au moment de leur appel au service.

Jusqu'à ces temps-ci, l'autorité maritime (en principe l'administrateur de l'inscription maritime) désignait un médecin connu dans la région chargé de visiter tous les inscrits maritimes levés dans l'année (c'est-à-dire appelés au service) ; vu l'instabilité des inscrits naviguant au commerce, cet appel ne pouvait avoir lieu à la même époque, et c'est au fur et à mesure de leur disponibilité que ces inscrits étaient soumis à la visite et appelés au chef-lieu de l'arrondissement maritime (Cherbourg, Brest, Lorient, Rochefort et Toulon), où ils étaient examinés définitivement. Pour éviter des frais de route onéreux et un séjour dispendieux au chef-lieu d'arrondissement, ils passaient la visite devant un médecin désigné à cet effet par l'administrateur de l'inscription maritime et on ne laissait partir que ceux bons pour le service.

Aujourd'hui, tous les inscrits appelés se rendront au chef-lieu, sauf ceux qui ont une cause de réforme à faire valoir. Mais pourquoi ne pas continuer à se servir de l'ancien médecin désigné à cet effet ; pour obtenir un rabais (!), l'administrateur sera obligé de se fier à un médecin qu'il ne connaîtra pas, qui souvent n'aura pas sa confiance. Le marine est bien libre de faire visiter ou non les inscrits avant leur départ pour le chef-lieu (et souvent elle donnera des frais de route à des gens qui ne peuvent pas être levés et ce sera une économie à rebours) ; mais elle aurait tout avantage à se servir d'un médecin attitré pour les candidats à la réforme.

Le nombre des inscrits qui, dans ces conditions, passeront la visite, sera d'ailleurs infime et l'adjudication réalisera de bien piètres économies.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement des urétrites aiguës chez l'homme par le glycéré picrocyanuré. — Ce traitement réalise un pansement durable et une protection efficace de la plaie urétrale. On fait dissoudre de l'acide picrique dans de l'alcool et l'on mélange la solution obtenue à de la glycérine chauffée au bain-marie, le tout dans les proportions suivantes :

Glycérine à 30° stérilisée	500 gr.
Acide picrique	2 gr.
Alcool à 90°	8 gr

Après chauffage, dans le bain-marie pendant 20 minutes, en remuant continuellement avec un agitateur, on ajoute la solution d'oxycyanure de mercure suivante :

Oxycyanure de mercure	trente centigr
Eau distillée	10 gr.

Après miction, on injecte ce glycéré dans le canal : celui-ci doit en être rempli jusque dans sa portion périnéale, ce dont le malade est averti par une sensation de chaleur, toujours supportable, s'étendant jusqu'au périnée.

On répétera l'injection quatre fois par jour. Quand les symptômes seront très amendés, on se bornera à une injection, le soir, qu'on répétera jusqu'à disparition complète des filaments.

Les résultats obtenus sont très satisfaisants, aussi bien quant à la durée de l'écoulement que quant à la rareté des complications.

(*Paris médical.*)

R. Job.

Traitement de l'incontinence d'urine par les injections périnéales de sérum. — Pour exercer, soit par action réflexe de voisinage, soit par l'étirement des rameaux nerveux de la région, un effet direct sur le col de la vessie et le muscle strié de l'urètre, on pratique des injections de sérum physiologique dans le tissu cellulaire sous-cutané du périnée. On injecte, aussi rapidement que possible pour former une boule, 80 à 100 gr. de liquide (dose d'adulte), à 1 centimètre en dehors du raphé médian.

On obtient ainsi de nombreux succès.

(*Presse méd.*)

Cahier.

Traitement des empoisonnements par le charbon animal. — Le noir *animal* jouit d'un pouvoir absorbant vis-à-vis des poisons exogènes et endogènes, c'est-à-dire qu'il les fixe. Dans les cas d'empoisonnement, il faut faire ingérer en une seule fois au moins 10 grammes de charbon animal, finement pulvérisé et délayé dans un demi-verre d'eau. Le phénomène d'absorption se produisant instantanément, quelques minutes après, on lave l'estomac. Puis on recommence ; on peut donner jusqu'à 30 grammes de noir animal par jour, avec de l'eau de Sedlitz ou de l'eau ordinaire.

Les résultats sont remarquables dans les empoisonnements. Ils le sont aussi dans les gastro-entérites aiguës et même dans la fièvre typhoïde.

Wiechowski et Adler (de Prague).

(XXXIe *Congrès allemand de médecine interne.*)

L'abortion de la syphilis par la salvanothérapie. — On ne peut espérer obtenir la stérilisation de la syphilis que par un traitement intensif. Les doses de « 606 » doivent être élevées, les injections nombreuses, et il faut pratiquer sans hésiter une nouvelle cure dès que la réaction de Wassermann se montre tant soit peu suspecte ou qu'apparaît le moindre accident secondaire.

De la sorte, on obtient des résultats satisfaisants sans qu'il soit d'ailleurs possible d'affirmer avant plusieurs années la guérison abortive.

(*Annales des malad. vénér.*) P. Guiard.

Emploi de la lavande comme diurétique. — Quelle que soit la cause de diminution du taux des urines, une infusion chaude de sommités fleuries de grande lavande (20 gr. de fleurs pour 200 gr. d'eau) exerce à peu près constamment une action diurétique.

Pendant 24 heures, il se produit dans la quantité des urines émises une augmentation variant entre 150 et 500 grammes.

Morpurgo.

(*Revue tunisienne des sciences méd.*)

A. M.





PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Médecins de soins, médecins de contrôle.

A l'occasion du prochain Congrès des Praticiens, notre très distingué confrère, M. le Dr CORNET, vient d'écrire dans *Paris-Médical* d'excellentes choses à propos desquelles il nous fait l'honneur de citer notre journal et de s'exprimer sur le compte de notre dernier directeur, JEANNE, dans des termes auxquels nous sommes très sensibles.

Il se déclare notamment l'adversaire de la fonctionnarisation de la médecine et le partisan du libre choix. Mais il le fait avec des restrictions que nous lui demandons la permission de souligner et de combattre.

« C'est ainsi, dit-il, qu'on peut être facilement « d'accord sur la nécessité d'assurer, *partout où « il se peut et chaque fois qu'il se peut, la liberté* « pour le malade de choisir son médecin ; je suis « pour cet accord. Mais les médecins n'empêche« ront pas qu'il n'y ait jamais rien d'absolu en ce « monde ; ils ne supprimeront pas certains ser« vices publics, et ne parviendront même pas à « soustraire ces services à des difficultés variées, « de nature temporaire ou permanente, rendant « impossible, dans certaines circonstances ou « dans certains milieux, l'application intégrale « du libre choix. »

Nous convenons avec M. Cornet qu'il n'y a rien d'absolu ici-bas et que des circonstances peuvent se rencontrer, où la pratique du libre choix est absolument impossible.

Nous aurions aimé le voir développer sa pensée et préciser ces circonstances. Elles existent, avons-nous dit, mais combien rares ! Il est évident par exemple que les passagers qui s'embarquent, pour une traversée plus ou moins longue, sur un paquebot des Messageries Maritimes ou de la Compagnie Transatlantique, n'auront pas le choix, et ne pourront, s'ils tombent malades, que s'adresser au seul et unique médecin sanitaire du bord, à moins que, parmi eux, ne se rencontrent un ou plusieurs confrères qui acceptent de se faire connaître comme médecins et de répondre à un appel qui marquerait une préférence en leur faveur. Il est évident encore, qu'au cours d'une représentation théâtrale, le spectateur atteint d'un malaise, d'une indisposition, d'un accident, n'a pas d'autre recours possible sur le moment qu'au médecin de service. Sont-ce là les circonstances temporaires auxquelles M. Cornet veut fait allusion ? En ce cas, nous le répétons, il ne saurait surgir de discussion sur ce point. Mais il faut bien reconnaître que ces circonstances on un caractère tel qu'elles ne sauraient, au demeurant, être considérées que comme des exceptions qui confirment la règle. Celui qui, devant se rendre en Amérique, choisit librement le paquebot sur lequel il s'embarquera, choisit librement par là même le capitaine qui commande le paquebot, le cuisinier préposé à l'alimentation, le médecin chargé de toute la partie sanitaire...

Ceci dit, nous maintenons que l'*homme libre* doit avoir, en tout temps et toujours, quelle que soit sa situation, le droit et le pouvoir de choisir librement le médecin à qui il confiera en tout abandon ses détresses physiques ou morales. Il n'est pas de service public qui tienne à cet égard. Que si l'on nous objecte : « Mais les médecins militaires, qui assurent un service public, ne sont-ils pas imposés aux soldats, lesquels n'ont pas le droit de choisir ? » Nous répondrons : « Parfaitement, et cela est bien ainsi, de même que les médecins des asiles d'aliénés sont imposés à ceux-ci, de même que les médecins des prisons sont également imposés aux détenus. » Mais ne perdons pas de vue notre précision : *le libre choix est un droit imprescriptible de l'homme libre, de l'homme qui s'appartient.* Ni le soldat, ni l'aliéné, ni le prisonnier, ne sont libres, ne s'appartiennent.

Il est superflu de développer ce concept. Il est donc légitime et naturel que celui qui les possède temporairement ou en permanence, l'Etat en l'espèce, choisisse, lui, les médecins qui leur donneront les soins dont ils auront besoin. Ce ne sont plus des citoyens, ce ne sont plus des électeurs.

Mais l'employé d'une Compagnie de chemin de fer, mais le cheminot, mais l'ouvrier d'usine, mais l'employé d'une administration quelconque, tous ces travailleurs ont librement accepté la profession qu'ils exercent ; ils peuvent, du jour au lendemain, changer de situation ; ils doivent à leur employeur le travail que comporte leur contrat de louage ; mais ce travail accompli, ils sont libres, absolument libres, et nous n'admettons pas que leur employeur leur impose un médecin choisi par lui. Nous prétendons même, et c'était encore là une idée chère à Jeanne, que la loi devrait interdire aux administrations publiques ou privées le droit d'organiser un service de soins médicaux.

Il y a des salaires en nature qui sont défendus, l'alcool par exemple (1).

Les soins médicaux doivent être mis sur le même pied, et ne pas faire partie d'une façon dé-

(1) Loi du 12 janvier 1895, art. IV.

guisée plus ou moins, des avantages concédés par un patron à son personnel.

Entendons-nous cependant et précisons. On ne risque rien à bien fixer les termes du problème dont on cherche la solution. Le médecin dont il s'agit actuellement, celui qui peut et doit être librement choisi, c'est le *médecin de soins.* Mais notre intransigeance s'arrête là, et nous admettons très bien que le tiers responsable des honoraires médicaux, soit au nom d'une loi, soit aux termes de conventions librement acceptées, dispose d'un *médecin de contrôle*, qui le renseignera sur la maladie dont seront atteints ses ressortissants. Médecin de soins, médecin de contrôle, cette terminologie appartient à M. Cornet, à qui nous l'avons empruntée.

Le médecin de contrôle, tel que Jeanne le concevait, tel que nous le concevons nous-même, apparaît à M. Cornet comme une pure utopie ; sur ce point encore nous ne saurions être d'accord avec lui.

Emanation des Syndicats médicaux, toutes les fois que cela sera possible, le médecin de contrôle, ou plus généralement le fonctionnaire docteur en médecine (voilà le grand mot lâché !) devra avoir exercé la médecine pendant un certain nombre d'années ; mais à partir du jour où il entrera en fonctions, il lui sera interdit de faire de la clientèle.

Ce système, au dire de notre éminent contradicteur, aurait pour défaut d'*accentuer encore le fonctionnariat médical, en multipliant les gros traitements. De plus, un médecin qui n'exerce plus, eût-il exercé antérieurement, deviendrait vite un fonctionnaire au sens administratif et restrictif du mot. L'administration ne disposerait plus, dans certains cas, d'un technicien exercé, les médecins perdraient un confrère et ne gagneraient rien avec l'administrateur.*

Autant de phrases, autant d'affirmations qui ne reposent sur aucun fondement, qui ne s'appuient sur aucune preuve, et contre lesquelles des faits, des faits de chaque jour, s'inscrivent au contraire en faux.

Un médecin, qui compte à son actif un minimum de 5 années d'études médicales et de 10 années de pratique, possède un acquit professionnel qui ne s'oublie pas, s'il continue surtout à s'occuper de questions médicales. Nous en connaissons qui n'exercent plus depuis huit, dix ans et plus, et qui sont demeurés parfaitement capables de faire un diagnostic.

Le fonctionnariat médical ne serait nullement accentué parce que le nombre des fonctionnaires docteurs en médecine augmenterait avec notre système. Ce système peut comporter une moyenne de 25 à 30 médecins de contrôle par département, soit au total 2.500 environ. N'existe-t-il pas déjà des inspecteurs départementaux des Enfants-assistés, des Enfants du premier âge, de l'Hygiène, qui sont docteurs en médecine, et qui cependant, n'exercent plus ? Nous avons rarement entendu dire qu'ils soient entrés en conflit avec les praticiens de leur ressort.

Quant à la multiplication des gros traitements, c'est, de la part de M. Cornet, une simple vue de l'esprit.

Il faut que le médecin de contrôle puisse vivre de son emploi. Mais personne parmi nous n'a jamais songé à le couvrir d'or. Rappellerons-nous incidemment que la solde d'un médecin-major de 2e classe était, il n'y a pas bien longtemps encore, de 3.600 francs par an ? C'était peu évidemment, et le relèvement récent qui a été voté par le Parlement est un acte de justice. Eh bien ! doublons cette somme, et donnons 7200 fr. de traitement annuel à notre fonctionnaire docteur en médecine. Osera-t-on dire que c'est un gros traitement? Combien y a-t-il cependant, sur les 20.000 médecins français, de modestes praticiens qui ne gagnent pas 7.200 fr., par an ?

Mais n'insistons pas. Lorsque nous développerons notre conception de l'organisation de la médecine sociale, avec les *considérations budgétaires qu'elle comporte*, nous nous faisons forts d'établir que notre système est pratique et réalisable. Nous ne prétendons pas qu'il soit parfait, parce que, nous le répétons avec M. Cornet, la perfection n'est pas de ce monde ; mais il tient compte de tous les intérêts en cause, l'intérêt des malades, celui des praticiens, l'intérêt de la collectivité, celui des tiers responsables ; il les concilie dans la mesure où ils peuvent l'être, et s'il ne supprime pas les éventualités de conflits, ce qui ne surviendra que le jour où le dernier homme aura cessé de vivre, il en prévoit la solution avec toutes les garanties de compétence, d'équité et d'impartialité que peuvent réclamer les intéressés.

Nous nous sommes peut-être trop longuement étendu sur ce sujet. C'est qu'il nous tient particulièrement au cœur, et que les principes directeurs qui nous guident nous apparaissent hors de discussion. Nous en demandons pardon à M. Cornet, aux excellentes intentions de qui nous rendons le plus sincère hommage, mais qui, en sa qualité de médecin administratif, (n'est-il pas médecin en chef de la Préfecture de la Seine ?) se trouve peut-être trop intéressé dans la question pour en disserter avec toute l'impartialité qu'elle exige.

Non, voyez-vous, les soins et le contrôle réunis dans la même main, les intérêts du malade et les intérêts de la collectivité publique ou privée à laquelle il appartient, et qui sont souvent en opposition, confiés simultanément au même médecin, à cet être hybride, à cet homme au double colet, à ce Janus au double visage, cela représente une telle antinomie, un tel défi au bon sens et à la logique, qu'il nous semble que rien qu'à

formuler de telles erreurs, tous les confrères qui aujourd'hui encore, ceignent ce double tablier vont se lever comme un seul homme, touchés par la grâce, ayant enfin trouvé leur chemin de Damas, afin d'opter définitivement pour l'un ou l'autre du double rôle qu'ils remplissent et renoncer ainsi à poursuivre la solution d'un problème insoluble.

G. Duchesne.

« *Sont fonctionnaires* publics, dit Larousse, « tous ceux qui concourent dans une sphère plus « ou moins élevée, à l'action de l'un des trois « pouvoirs : législatif, exécutif et judiciaire ; au « sens étroit, le plus usuel, cette dénomination « ne comprend que ceux à qui le gouvernement « a délégué une partie de l'autorité publique ».

Les médecins des hôpitaux ne sont investis d'aucune parcelle d'autorité publique ou administrative. Ils ne sont pas chargés de faire la police dans l'hôpital, ils ne peuvent même pas refuser de soigner dans leurs salles les malades aisés qui y sont admis, seraient-ce des millionnaires avérés.

Les médecins des hôpitaux ne sont donc pas des fonctionnaires. G. D.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La carte forcée.

Jusqu'ici, dans mes articles, j'avais mis en lumière les différents procédés de mendicité de la Mutualité, j'avais énuméré les différents moyens employés par les Sociétés pour recruter des membres honoraires. Mais je n'avais eu en vue que les procédés honnêtes, consistant simplement à flatter l'amour-propre des gens et à se servir de leurs ambitions. J'avais pourtant cité un exemple de pression sur moi-même pour m'amener à être membre honoraire d'une Société à l'aide d'un mensonge : le Président de cette Société m'invitait d'une façon véhémente à accepter l'honorariat, en me disant que presque tous les médecins de la Société en étaient membres honoraires ; ceci était faux, quelques confrères, le quart à peine de l'effectif des médecins, étaient membres honoraires. Mais ce procédé devait être détrôné dans la suite par le suivant que je recommande à votre méditation.

Un de nos camarades parisiens chirurgien, est appelé de temps à autre par des confrères de son quartier ayant comme clients des mutualistes appartenant à des Mutualités riches, couvrant les risques chirurgicaux. Il est donc appelé par les médecins de cette Société de temps à autre pour de petites opérations qui sont réglées directement au chirurgien par la Société. A plusieurs reprises, ce confrère fut sollicité par la Société de Secours mutuels en question de donner son adhésion comme membre honoraire ; il s'y refusa toujours, n'ayant aucun motif de subventionner cette Société qui, si elle réglait ses honoraires, le réglait à des tarifs peu rémunérateurs. Cette année, notre confrère envoie sa note, et la Société lui retourne un reçu diminué du montant de la cotisation de membre honoraire, accompagné de la lettre suivante :

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous adresser par le mandat ci-joint la somme de 53 fr. 40, montant de vos honoraires pour les soins donnés à nos sociétaires X et Y., sous déduction des frais de mandat et de votre cotisation de membre honoraire dont ci-joint le reçu, et pour laquelle je vous remercie vivement au nom du Conseil d'administration.

Veuillez agréer, Monsieur le docteur, l'expression de mes sentiments respectueux.

L'agent général, X.

Or, notre confrère n'avait jamais donné son assentiment à son adhésion comme membre honoraire de la Société. Quel nom devons-nous donner à cet acte ? Nous ne pouvons pas le classer parmi les actes inconscients. Nous pourrons dire qu'il s'agit plutôt d'un entôlage ou d'une extorsion de fonds. Vous pouvez, vertueuse Mutualité, crier haro sur quelques médecins marrons. Vous pouvez vous draper dans votre dignité. Il y a, nous le savons, un certain nombre de Sociétés marronnes et nous savons d'autre part que le nombre des Sociétaires marrons dépasse de beaucoup celui des médecins.

S. M. ne signifie pas seulement Société Mendiante. Dans l'espèce nous dirons : S. M. signifie : « Souscription Malpropre ou Malhonnête », ou si vous le préférez, S. S. M. « Sans Scrupule Monétaire

Dr M. Vimont.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

I

IIe Congrès des établissements publics de bienfaisance.

La Commission permanente nommée par le Congrès de Saint-Etienne et chargée de préparer le IIe Congrès des Etablissements publics de bienfaisance s'est réunie, à Paris, le 31 mars dernier, sous la Présidence de M. Fougerolle, vice-président de la Commission des hospices de Saint-Etienne et membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique. La Commission s'est occupée

de l'organisation des travaux du prochain Congrès. Rappelons que celui-ci tiendra ses assises à Montpellier, du 1er au 7 juin, en même temps que le VIe Congrès national d'assistance, dont il sera une annexe autonome.

Voici l'ordre du jour provisoire :

Vœux à confirmer et sujets déjà traités :

1° Revision de la loi du 7 août 1851 (modification de l'art. 1).

2° Revision des lois des 15 juillet 1893 et 14 juillet 1905 (Calcul et revision des prix de journée).

3° Revision de la loi du 9 avril 1898 (art. 3 ; incessibilité et insaisissabilité).

4° Revision de la loi du 9 avril 1898 (art. 4 ; prix de journée).

5° Revision de la loi du 7 juillet 1877 et du décret du 1er août 1879 (Hospitalisation des malades militaires).

6° Organisation des Maternités et création de Gouttes de lait.

7° Aliénés dans les hôpitaux. — Frais de séjour. — Admission. — Mise en observation.

8° Achats de gré à gré. — Elévation du maximum de 300 francs.

9° Adjudications. — Entente entre tous les établissements pour choix de modèles types.

10° Suppression des droits de mutation sur legs ou libéralités.

11° Suppression des droits d'enregistrement pour les marchés et adjudications.

Nouveaux sujets à traiter :

1° Uniformité de méthode pour l'établissement des budgets, comptes moraux, prix de revient, etc.

2° Malades payants. — Rémunération du médecin.

3° Remboursement des frais de séjour des malades de nationalité étrangère.

4° Domicile de secours.

5° Habitations à bon marché.

5° Relations de la Mutualité et de l'Assistance publique.

7° Réglementation générale de la perception du Droit des pauvres.

8° Revision de la loi de 1905. — Période intermédiaire entre l'admission et la réception.

Toutes les communications relatives à ce Congrès doivent être adressées à M. le Vice-Président de la Commission des Hospices civils de Saint-Etienne, rue Badouillère.

II

A l' « Officiel ». Quelques critiques sur l'application de nos lois d'assistance.

La lecture de l'*Officiel* est toujours très instructive, car parfois, on y trouve des aveux intéressants dans la bouche même de ceux qui nous dirigent.

Ainsi, dans le rapport sur le budget général de 1914 (Intérieur), à propos des œuvres d'assistance (*Journ. Off.*, 1er mai 1914, docum. parlem. Chambre, pp. 443 et suiv.), nous trouvons le procès du *paiement à forfait*. Ce que le rapporteur dit, à propos des frais de tournée des inspecteurs et des sous-inspecteurs de l'Assistance publique, pourrait fort bien être appliqué aux frais médicaux.

Le système forfaitaire a donné lieu à de nombreuses critiques, notamment de la part de l'honorable M. Jeanneney, rapporteur du budget de l'intérieur au Sénat pour l'exercice 1913.

Afin d'obvier aux inconvénients du forfait, qui a le défaut incontestable de ne point proportionner le taux de l'indemnité à la tâche réellement accomplie, une Commission spéciale avait été instituée en 1911 avec mission de rechercher un système plus équitable et plus pratique.

Cette commission a proposé l'étude d'un système basé sur les dispositions suivantes :

. . . .

Ce projet, communiqué aux préfets par une circulaire du ministre de l'intérieur du 24 septembre 1912, a motivé de leur part un certain nombre d'observations.

La question doit donc être examinée à nouveau.

D'ailleurs, aussitôt après que cette nouvelle étude aura arrêté dans quelles conditions et sur quelles bases devrait être établi un système de remboursement sur justifications, l'administration se réserve de faire, dans deux ou trois départements, l'essai de ce système. Une décision définitive interviendra seulement après les résultats de cette expérience.

Nous aussi, médecins, déclarons que le paiement à forfait des honoraires médicaux a « le défaut incontestable de ne point proportionner le taux de l'indemnité à la tâche réellement accomplie ».

Mais, point n'est besoin de nommer une Commission pour étudier l'organisation du paiement des honoraires médicaux de l'A. M. G. à la visite. Ce système fonctionne dans assez de départements pour que l'expérience soit jugée. A quand la discussion et le vote de la proposition de loi de MM. Gilbert Laurent et Henri Maître, pour que tous les départements soient obligés d'instituer un règlement d'assistance sur les bases du libre choix du médecin et du tarif à la visite ?

* * *

A propos de l'application de la loi du 17 juin 1913, sur l'*assistance aux femmes en couches*, pendant leur repos, le rapporteur écrit :

Quant à la surveillance hygiénique des assistées, il y sera pourvu par une personne, femme

ou médecin, désignée par le bureau d'assistance ; elle devra s'assurer que l'assistée se repose effectivement et lui donner des conseils d'hygiène pour elle et son enfant.

Parfait ! Mais cette surveillance hygiénique comporte des visites de médecins. Quels honoraires a-t-on prévus, pour ce faire ? Il est probable que l'on compte une fois de plus sur l'humanité, le dévouement du Corps médical, étant donné que « cette loi, se combinant avec l'assistance aux familles nombreuses, créera de lourdes charges financières ».

Le législateur peut édicter des lois nouvelles de solidarité sociale : pour ne pas grever les budgets communaux et départementaux, il est si simple de déclarer que les médecins devront donner gratis les certificats, examens et soins prévus par la loi ! Et le plus fort, c'est qu'il se trouve des confrères assez naïfs pour briguer, auprès du préfet ou du maire, l'honneur gratuit d'être bombardé inspecteur, certificateur, pour les lois nouvelles. Se contenteront-ils d'une décoration, au bout de trente années de loyaux services, bien entendu s'ils ont été de fidèles électeurs ?

***

Enregistrons que la loi de 1874, sur la *protection du premier âge*, n'est appliquée que depuis deux ans dans tous les départements.

La loi de 1874 qui a organisé la protection des enfants de moins de deux ans placés en nourrice, moyennant salaire, en dehors du domicile des parents, est, depuis deux ans, appliquée dans tous les départements. Cette constatation suffit à montrer avec quelle lenteur les lois sociales s'appliquent chez nous, quand elles s'appliquent. Les résultats qu'elle a donnés, en ce qui concerne la mortalité infantile, sont encourageants. Peut-être doit-on regretter que les modifications demandées depuis de nombreuses années n'aient pas encore été réalisées.

Il serait très désirable, notamment, que soit tenu l'engagement pris par M. le sous-secrétaire d'Etat à l'intérieur, devant la Chambre en 1913, à la suite des observations présentées par M. Maunoury, lors du vote de ce chapitre.

M. Maunoury fit justement observer que l'une des causes les plus importantes de la mortalité des enfants du premier âge était l'absence de soins médicaux. Il y a un fait reconnu, c'est que les soins médicaux ou font défaut aux enfants du premier âge ou leur sont procurés tardivement pour les motifs suivants :

Assurément, la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite s'applique aux enfants placés en nourrice comme à tous autres malades quand ils ont fait l'objet d'une inscription sur la liste des assistés éventuels ou d'une admission d'urgence en cas de péril. Mais cette admission d'urgence intervient parfois trop tardivement. En effet, les maires soucieux des finances communales et craignant que les parents du nourrisson soient insolvables et ne remboursent pas les frais médicaux, attendent avant d'inscrire l'enfant sur la liste d'assistance que les circonstances rendent cette inscription impérieuse. Bien que les frais d'assistance soient remboursés par les collectivités du domicile de secours, les dix premiers jours du traitement restent, dans la législation actuelle, à la charge de la commune de la résidence du nourrisson, et c'est là une charge que les maires cherchent parfois à éviter au grand dommage de la santé de l'enfant.

Le remède à cette situation pourrait sans doute être trouvé dans une modification de la loi de 1893 qui enlèverait aux communes de la résidence qui ne sont pas celles du domicile de secours, la charge des dix premiers jours de traitement qu'elles supportent actuellement.

C'est dans ce sens que concluait M. Maunoury, et M. Morel, sous-secrétaire d'Etat, s'est associé à cette manière de voir et a pris l'engagement de faire le nécessaire. La réalisation de la modification proposée n'entraînerait aucune dépense nouvelle et sauvegarderait beaucoup d'existences précieuses.

Si l'honorable rapporteur avait fait une enquête auprès des Syndicats médicaux, représentant les médecins praticiens qui ont chaque jour cette loi de 1874 à appliquer, il lui aurait été répondu que

1° La loi n'est pas observée, parce que le médecin inspecteur du premier âge est souvent appelé à donner des soins aux nourrissons.

Il lui est donc bien difficile, dans certaines circonstances, de faire un rapport défavorable sur des nourrices, qui s'empresseraient ensuite de ne plus le faire appeler comme médecin traitant. Pourquoi mettre un homme en pareil conflit entre ses intérêts privés et ses devoirs de fonctionnaire ? Il vaudrait mieux que le médecin inspecteur ne puisse jamais soigner les nourrissons qu'il doit inspecter.

En second lieu, les vingt sous donnés par visite de nourrisson, quel que soit l'éloignement de celui-ci par rapport au domicile du médecin-inspecteur, sont encore une raison pour laquelle peu d'empressement est mis à cette besogne de contrôle. Le médecin doit vivre du fruit de son travail et il délaisse forcément tout ce qui lui est mal rétribué.

C'est l'éternelle histoire : on veut faire appliquer gratis des lois de solidarité sociale. On vote la loi, à cause de sa répercussion sur l'opinion du corps électoral ; mais on laisse dans l'oubli, et pour cause, les frais qu'occasionnerait la réelle et sérieuse mise en pratique de la loi : le budget est déjà trop endetté.

***

Quant à l'*Assistance médicale gratuite*, le rapporteur reconnaît que des abus sont commis par des maires, les uns inscrivant trop de noms, et d'autres pas assez, sur la liste des assistés.

Voici ce qu'il ajoute à notre endroit :

En ce qui concerne la fourniture des produits pharmaceutiques, l'administration préfectorale possède également un pouvoir de contrôle étendu. Mais c'est principalement aux commissions de vérification qu'il appartient de combattre les abus par des réductions dans les mémoires des pharmaciens. L'expérience a démontré que, lorsque ces commissions fonctionnent consciencieusement, les réductions apportées sont des plus sérieuses. D'un autre côté, jusqu'à un certain point le contrôle s'exerce par le corps médical lui-même.

Si les mesures ci-dessus sont insuffisantes, le préfet peut envisager l'éventualité de la révocation dans les départements où cette sanction est susceptible d'être appliquée.

Pour les autres départements, le préfet peut enfin proposer une modification au règlement départemental d'assistance médicale, plaçant les médecins et pharmaciens dans une dépendance étroite vis-à-vis de l'administration (nomination et révocation par le préfet).

Il est à remarquer que la circulaire ministérielle du 16 janvier 1904 a appelé tout spécialement l'attention des préfets sur la nécessité d'exercer une surveillance et un contrôle des plus rigoureux en vue d'enrayer les abus constatés dans les frais médicaux et pharmaceutiques.

Il est évident que, sous un régime césarien qui est le nôtre, on ne trouve rien de mieux pour réprimer les abus des médecins, que de « les placer dans une dépendance étroite vis-à-vis de l'administration (nomination et révocation par le préfet) ».

Or, nous savons comment les choses se passent en pratique. Le despote départemental, qu'on nomme préfet, prend souvent d'arbitraires sanctions contre un médecin présumé délinquant, sans même avoir entendu les explications du praticien.

En droit pénal, l'accusé n'est jamais condamné sans qu'il ait présenté sa défense. En matière administrative, il en est différemment : arbitraire et bon plaisir.

Disons cependant que quelques préfets ne diminuent les notes d'honoraires, ou ne révoquent qu'après proposition de la Commission de vérification. Mais celle-ci, nommée par le préfet lui-même, apprécie trop souvent sur simple impression, sans avoir entendu le médecin accusé.

Pourquoi, dès lors, ne pas confier aux Syndicats médicaux, représentants légaux des intérêts professionnels des médecins, le soin de réprimer les abus, lorsqu'ils sont commis ?

Au Conseil de famille de convoquer le praticien pour entendre des explications. Puis, avis du Syndicat sera soumis à l'autorité préfectorale.

Les Syndicats ont trop souci de la dignité du Corps médical pour laisser impunies les fautes dues à la mauvaise foi.

Si l'idée de la juridiction syndicale répugne à tous ceux pour lesquels le vocable de Syndicat évoque l'idée de groupement révolutionnaire, n'employant que le sabotage, la grève et l'action directe, à tous ceux là qui ignorent les termes précis de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels, nous proposerons des tribunaux d'arbitrage, composés mi-partie de conseillers généraux, et mi-partie de médecins, nommés par les Syndicats médicaux, qui connaîtront de tous les litiges nés de l'application des lois d'assistance (1).

Terminons enfin ces emprunts faits à l'*Officiel* en reproduisant un passage concernant la cherté de la vie.

La cherté de la vie.

Il y a unanimité pour constater le renchérissement de jour en jour plus grand de tous les objets nécessaires à l'existence humaine. Mais, lorsqu'il s'agit d'en expliquer les motifs, chacun émet une opinion différente, selon qu'il professe telle ou telle opinion économique ou politique.

C'est ainsi que pour certains, les lois sociales sont la principale cause de la crise que nous traversons. C'est se prononcer à la légère sur un phénomène très complexe et dont les causes sont multiples. Néanmoins, il faut reconnaître comme un fait incontestable que les industriels et les commerçants cherchent toujours à récupérer sur le consommateur tout ou partie des charges nouvelles qui leur incombent. Lorsque les lois sur les accidents du travail et sur les retraites ouvrières sont venues augmenter les frais généraux des usines et des magasins, les exploitants ont été incités à majorer leurs prix de vente, et ils l'ont fait dans la limite permise par le jeu de la libre concurrence. Il en a été de même après le vote de la loi sur le repos hebdomadaire, après la mise en vigueur des dispositions qui ont réduit la durée de la journée de travail et de celles qui ont interdit ou restreint l'emploi des femmes et des enfants. Industriels et commerçants se sont vus dans l'obligation, malgré les progrès du machinisme, d'embaucher, pour obtenir un même rendement,

(1) Dans le département du Calvados, le Préfet, d'accord avec les Syndicats médicaux, a institué une Commission de contrôle qui renferme un nombre appréciable de praticiens nommés par leurs pairs. Cette Commission fonctionne à la satisfaction des intéressés. Notre con eption a donc déjà trouvé sa réalisation pratique. N. D. L. R.

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

Recherches pharmacologiques sur la Digitale

par M. J. CHEVALIER

Chef des travaux pratiques de Pharmacologie et Matière médicale. Faculté de Médecine de Paris.

(*Mémoire présenté à la Société de Thérapeutique. Séance du 28 mai 1913.*)

L'auteur a pu établir que la valeur physiologique d'une infusion de digitale ne correspond pas à la teneur en digitaline de la feuille qui a servi à préparer cette infusion. Cela doit être attribué à ce que la digitaline n'est point le seul principe cardioactif de la digitale, la digitaléine et la digifoline ont une action très sensiblement identique, mais plus faible. Administrées à doses correspondantes, elles déterminent dans le même espace de temps les mêmes phénomènes.

La *digifoline* doit retenir spécialement l'attention, car elle paraît posséder toutes les propriétés pharmacodynamiques des préparations galéniques de digitale sans en présenter les inconvénients. Elle ne renferme pas trace de digitonine et, par conséquent ne possède pas les actions irritantes de ce glucoside, nettement mises en évidence dans les tracés de l'auteur et auxquelles il faut rapporter l'irritation gastro-intestinale et les vomissements primitifs qui se montrent avec l'infusion de digitale. De plus, l'absorption se fait beaucoup plus rapidement et beaucoup plus complètement et l'on ne retrouve pas, à la suite d'injections dans les sacs lymphatiques dorsaux, chez la grenouille, cette énorme quantité de liquide, signalée par Burmann, qui retient la majeure partie des substances actives et fausse les résultats expérimentaux.

Quant à la symptomatologie déterminée par ce corps, elle est, à l'intensité près, en tous points semblable à celle de la digitaline.

Chez le chien, en injection intraveineuse, on observe les trois phases caractéristiques de la digitale : le ralentissement et le renforcement des battements cardiaques, puis l'accélération et l'augmentation de la pression sanguine, enfin, les irrégularités et finalement la mort brutale. Cette dernière ne s'obtient qu'avec des doses élevées (0.03 à 0.04 par kilogramme), par conséquent la zone maniable de ce produit est très étendue, ce qui constitue un avantage marqué sur la digitaline.

Les propriétés pharmacodynamiques de la *digifoline* bien établies, on voit que cette préparation digitalique présente un grand nombre d'avantages sur celles que l'on utilise actuellement, et il serait désirable que les thérapeutes fournissent des observations sur la valeur réelle, la posologie et les indications de ce médicament. Il paraît être plus actif que la digitaléine, plus maniable que la digitaline, et surtout facilement injectable et non irritant.

un personnel plus nombreux ou plus coûteux qu'auparavant, il en est résulté une double conséquence : la perte des denrées ou objets que ces ouvriers ont cessé de fournir à l'ensemble du corps social, d'où augmentation de prix desdites denrées ou objets par suite de la raréfaction de l'offre : le report sur la facture présentée au consommateur du montant du salaire du nouveau personnel.

Le taux de ce salaire, comme celui des appointements et des traitements en général, a d'ailleurs subi lui-même une progression constante. Obligé de dépenser plus qu'autrefois pour se procurer les mêmes quantités et qualités d'objets, l'ouvrier et l'employé ont demandé à gagner davantage,et l'augmentation qui leur a été accordée a provoqué un nouvel accroissement du prix de toutes choses.

Tout cela s'enchaîne, et il est certain que les lois sociales ont impressionné et continueront à impressionner le coût de la vie.

En revanche, le prix de la vie restera toujours fonction de la production agricole. C'est ainsi que les récoltes déficitaires des années 1910 et 1911 ont provoqué en France l'augmentation du prix du pain, du vin et du sucre. Au cours de l'année 1913, au contraire, en dépit des conditions économiques dues aux troubles résultant des guerres d'Orient, la consommation a enregistré, comparativement à 1912, une légère diminution sur le blé, le pain, le sucre et une forte diminution sur le porc, le café et le riz, tandis que malheureusement la hausse persistait sur la viande et le beurre,en raison surtout de l'acuité de l'épidémie de fièvre aphteuse.

Mais l'influence de la plus ou moins grande production agricole, qui joue, selon les années, en sens opposé, ne peut expliquer la persistance de la crise de cherté que nous traversons.

Celle-ci résulte beaucoup plus de l'évolution des mœurs et des progrès de la civilisation qui modifient toutes les conditions économiques et se traduisent par le goût du bien-être et la création d'habitudes qui bientôt deviennent des besoins coûteux.

On a incriminé les impôts sur les consommations en général et les octrois en particulier.Nous verrons plus loin que si les consommations de luxe (tabac et alcool) ont été surtaxées, les droits perçus pour le compte de l'Etat sur certains objets de première nécessité (comme les boissons hygiéniques et le sucre) ont été au contraire réduits il y a peu de temps. Les taxes locales n'ont elles-mêmes subi aucune sensible augmentation.

D'autres accusent le protectionnisme sans se douter que le jour où les barrières élevées pour enrayer l'invasion des denrées et marchandises étrangères viendraient à disparaître, nos cultivateurs et nos fabricants découragés reculeraient devant un effort improductif et nous mettraient à la merci de nos voisins qui pourraient nous imposer leurs prix. Un fait d'ailleurs est à noter : la hausse de la vie n'a été dans ces dernières années et n'est encore nulle part aussi élevée qu'en Angleterre et en Belgique, pays de libre échange ou de demi-protection.

Les économistes expliquent de leur côté la crise qui sévit dans toute l'Europe par la surproduction de l'or. L'accroissement de ce métal précieux a eu pour effet de diminuer sa faculté d'achat. Et pour l'un d'eux, M. Edmond Théry, le savant directeur de l'*Economiste européen*, la hausse générale du prix des marchandises est due pour une très large part à l'accroissement de la masse monétaire universelle composée non seulement de numéraire or, mais encore de valeurs mobilières surabondantes faisant couramment fonction de monnaie, parce que cet accroissement a été supérieur à celui de la masse des marchandises elles-mêmes.

Toutes ces causes ont certainement contribué — mais qui pourrait dire pour chacune d'elles dans quelle mesure ? — à rendre la vie chère. Et cette augmentation du coût de l'existence ne pouvait manquer de réagir sur nos budgets.

Ce qui est vrai pour les hommes l'est aussi pour les collectivités qui constituent les nations.Comme les simples particuliers, l'Etat a vu accroître ses dépenses du fait de l'enchérissement général. Il a dû consacrer des sommes plus considérables à la nourriture et à l'entretien de ses soldats et de ses marins ; subir les augmentations de prix de ses fournisseurs ; céder à de légitimes revendications d'ouvriers et de fonctionnaires à son service.

Il est résulté de ce fait, pendant la période 1904-1914, une augmentation de 232,392 321 fr. pour l'amélioration des soldes, traitements et salaires qui, s'ajoutant à un accroissement de 64,962,797 fr. provoqué par le relèvement du prix des denrées, matières premières et main-d'œuvres, forme un total de 297,365,028 fr., conséquence de la cherté de vie.

Médecins, qui hésitez à augmenter vos prix, vous êtes les seuls à rester en dehors du mouvement général. Industriels, commerçants et autres ne se soucient pas, comme vous, du point de savoir si le consommateur peut payer.

Les frais généraux augmentent, ils augmentent d'autant leurs prix de vente.

Et le médecin continue à appliquer les prix d'il y a cinquante ans et se plaint de ne pas pouvoir élever sa famille ! Cependant que les mutualités demandent des prix de faveur pour soigner les mutualistes pauvres ou aisés, sous le prétexte d'aide sociale, faite sur le dos du médecin.

P. Boudin.

III

A propos de la loi sur le repos des femmes en couches (1).

La loi nouvelle sur le repos des femmes en couches prescrit (Décret du 17 déc. 1913) (2) que les mes seront visitées par des médecins ou des femmes, de préférence par des mères de famille considérées, probes, libérales, « *ayant le respect absolu de toutes les opinions politiques, de toutes les croyances religieuses, comme de toutes les convictions philosophiques, ce qui les met en garde contre l'esprit de secte ou de parti et à l'abri des tentations de prosélytisme indiscret.* »

Il convient de reconnaître que toutes les qualités ainsi exigées sont loin d'être négligeables ; mais ne constituent-elles pas un ornement et même une sorte de superfétation ?

A la place de toutes ces obligations d'ordre moral, dont nul d'ailleurs ne saurait discuter la valeur, n'eût-il pas été préférable d'accorder à la femme une sécurité empruntée à la science, une garantie qui devait en quelque sorte être prophylactique ?

Ce qu'on peut discuter, c'est la mise en première ligne de ces précautions d'une nature spéciale, alors qu'il s'agit surtout d'une surveillance obstétricale proprement dite.

C'est celle-ci qui répond le plus directement au but du législateur.

Sans doute l'Académie de médecine a, pour parer dans une certaine mesure à cette critique, rédigé des instructions particulières ; mais qui peut le mieux les mettre en pratique que l'homme de l'art ?

Ce sont en principe les médecins qui ont poussé le cri d'alarme, qui ont révélé les statistiques désespérantes de la mortalité infantile, ce sont eux qui ont, de leur propre chef et avant qu'on eût édicté des lois, essayé par leurs conseils et leur action de lutter contre les imperfections de l'état social.

Ils ont montré que la place d'une femme enceinte n'est pas à l'atelier, que les travaux d'intérieur sont souvent excessifs.

En pénétrant dans les maisons ouvrières, à toute heure de jour ou de nuit, ils ont pu saisir sur le vif les désastres produits par la misère ou les obligations trop dures.

Aussi tout le corps médical a-t-il applaudi de cœur à la nouvelle loi et la considère-t-il comme un grand bien pour notre pays.

Il est donc juste que le médecin participe à l'application de la loi.

Ce n'est pas qu'il faille créer de nouveaux fonctionnaires, ainsi qu'il est dit, sans doute par un sentiment d'économie, dans la circulaire envoyée aux Préfets par le ministre de l'intérieur, M. Klotz ; car il ne convient pas de diriger de plus en plus notre corporation dans cette voie.

Pourtant la compétence médicale s'impose bien en cette circonstance.

Nul n'oserait contredire à l'idée que c'est à un médecin que doit être confié le soin d'examiner les gestantes et d'établir si elle respectent l'article de la loi qui leur impose de se soumettre à certaines règles d'hygiène.

C'est justement parce que l'on a eu l'idée d'avoir recours à des personnes étrangères à la médecine qu'on a été amené à redouter un prosélytisme maladroit et intempestif.

La meilleure politique et la propagande morale la plus efficace consistent à se faire estimer et à démontrer par l'application les avantages d'une opinion ou d'une doctrine.

Mais, dira-t-on, le médecin acceptera-t-il de remplir gratuitement cette tâche ? Là est évidemment le point délicat, et on devine que si l'on a écarté le médecin, c'est qu'on a pensé qu'on ne pouvait demander un service sans le rémunérer.

La loi est restée muette sur ce détail. On a pensé qu'on pouvait payer par l'honneur qui rejaillira sur le poste le soin que prendront certaines personnes à accomplir le devoir qui leur sera confié. Ne soyez donc pas surpris s'il en est qui seront portées à s'attribuer le bénéfice d'une propagande quelconque.

Est-il un acte de la vie sociale pour lequel le désintéressement soit absolu ?

Oui, il est des êtres dont le dévouement est coutumier, mais on ne les cite pas dans les circulaires ministérielles. On ne les connaît pas justement par ce fait qu'ils se cachent ou parce qu'ils trouvent leur acte tout naturel. En tout cas, si on voulait les chercher, ne sentez-vous pas dans quelle corporation on les trouverait facilement ?

Que convient-il donc de faire ?

S'adresser au corps médical et lui demander ce sacrifice, voilà quel devait être le premier mouvement.

Comment eût-il été accueilli ?

Vous avez préjugé qu'il chercherait à en tirer profit.

En esquivant une difficulté, avez-vous pensé juste ? Il est indispensable d'envisager la question puisqu'il est facile de démontrer que la présence d'un médecin est indispensable et constitue la seule garantie sérieuse.

On pourrait sans doute confier cette mission aux médecins inspecteurs des enfants assistés.

C'est évidemment une solution, mais médiocre, en ce sens qu'il ne faut pas monopoliser cette

(1) *Le Poitou Médical*, avril 1914.

(2) Le bureau d'assistance dresse chaque année au cours de sa première session la liste des personnes ayant accepté de veiller à l'observation par les intéressées des prescriptions de repos et d'hygiène prévues par la loi du 17 juin 1913.
Cette liste peut être révisée en cours d'année.

fonction et que le médecin ne veut pas être entraîné de plus en plus dans la voie du fonctionnarisme.

A-t-il raison ? N'est-ce pas abdiquer quelque chose de son indépendance, de sa valeur morale.

Je viens de dire de son indépendance : car son action est subordonnée ensuite à des ordres dont il ne peut discuter la justesse ou l'importance, sous peine de voir ses réflexions parfois incomprises et mal tolérées.

Sa valeur morale : en effet, c'est une fonction qu'il remplit et non plus un de ces devoirs sociaux dont relève sa conscience et qui lui sont inspirés par une foi intime dans l'espérance d'un avenir meilleur, par un élan d'idéal, par un renoncement de lui-même pour le pays tout entier.

On lui jettera encore à la face qu'il n'est pas désintéressé parce qu'il réclame des honoraires pour ce service ; mais le médecin est obligé de vivre de sa profession et d'assurer la vie des siens. Donc il a le droit de se faire payer.

Lui manifesterait-on quelque reconnaissance de son abnégation, et de son désintéressement absolu ? S'il meurt à la tâche et laisse sa famille en peine, l'Etat prendra-t-il à sa charge celle-ci, lui donnera-t-il une pension comme à ses fonctionnaires habituels ?

Le médecin aura donc tous les désavantages. Il sera payé comme fonctionnaire subalterne, non reconnu, soumis aux fonctionnaires officiels. Il n'aura aucun avantage proprement dit, sauf des honoraires dérisoires et souvent discutés.

C'est pourquoi ce service de la surveillance sur les femmes en couches doit rentrer dans les attributions de l'Assistance publique et doit être payé sur ces fonds. Il existe des commissions de vérification des mémoires, il sera facile de s'assurer ainsi qu'aucun abus ne peut être commis

En réalité la loi parle bien de *certificat médical*. Il n'est exigé qu'avant les couches pour établir que la femme ne peut continuer à travailler sans danger pour elle-même ou pour l'enfant. A propos du prix et du paiement de ce certificat rien n'est spécifié.

Quant à la nomination des personnes chargées de cette tâche publique, voici ce qu'en dit, dans les « Lois Nouvelles », M. Comolet-Tirman (nº du 1er fév. 1914).

« La liste des personnes ayant accepté de veiller à l'observation par les intéressées des prescriptions de repos et d'hygiène sera dressée par le Préfet, sur la présentation, dans le département de la Seine, du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Sur cette liste le Maire choisit la personne appelée à visiter l'intéressée. Cette personne adresse au Maire, dès le début de la période pendant laquelle doit être payée l'allocation journalière, son avis sur l'opportunité du service en nature de l'allocation pour tout ou partie de cette allocation ; elle s'assure que les prescriptions de repos et d'hygiène sont observées et transmet ses observations au Maire qui les remet au bureau de bienfaisance ; enfin, à l'expiration de la période pendant laquelle a été, après l'accouchement, payée l'allocation, rédige un rapport spécial pour faire connaître si la mère a allaité elle-même son enfant et, le cas échéant, entre quelles dates. Le paiement en nature de l'allocation est décidé, s'il y a lieu, par la délégation permanente du bureau de bienfaisance. Quant à la prime d'allaitement, c'est au Préfet ou à son délégué qu'il appartient de décider pour combien de journées elle est due. »

Dans tout cela il n'est pas dit un mot du médecin. Ainsi voilà une personne quelconque, honorable c'est entendu, qui va juger si le repos est observé, si l'hygiène est suivie ! La durée de la période d'allaitement est également dévolue à une personne incompétente. Là où il conviendrait d'avoir un avis scientifique, on émet des opinions arbitraires qui varieront avec les surveillants eux-mêmes. On a peur qu'on ne fasse de la propagande politique ou religieuse mais on ne redoute pas qu'on donne des conseils plus ou moins profitables.

Une commission à l'Académie de Médecine a été chargée de rédiger des instructions facilitant le service de ces aides. Il n'est pas douteux qu'elles seront complètes et de tout point excellentes. Il n'en persiste pas moins qu'il n'y aura pour les appliquer que des personnes étrangères à la médecine.

Se passer du médecin parce qu'il est onéreux, sans apprécier les services qu'il peut rendre, tel est le but dissimulé du législateur. Non pas du législateur, à vrai dire, mais de l'administrateur chargé de faire exécuter la loi ; car les parlementaires se sont occupés d'énoncer des principes, sans entrer dans tous les détails de leur exécution.

Mais l'Etat, en désignant ces personnes chargées de la surveillance, ne sera-t-il pas porté à les choisir pour leur rôle secondaire ? Il faudra avoir plu au Préfet, au Maire. Ne pourra-t-on pas être accusé d'être surtout un agent officiel puisqu'on ne pourra arguer de sa valeur professionnelle ? Ne pouvait-on éviter cette suspicion fâcheuse ?

Voilà quelques questions importantes à discuter et qui nous intéressent.

Dr Roland.

CHRONIQUE SYNDICALE

La lutte du Syndicat de Mâcon au sujet du rôle du médecin dans le service de la désinfection.

Nous avons reçu la lettre et le document suivants :

Je vous envoie ci-joint l'histoire des démêlés du Conseil général de Saône-et-Loire avec le ministère au sujet du rôle du médecin dans le service de la désinfection. Il faudrait faire aboutir cette question. — Ce serait là la clef de la grosse question de la déclaration de la tuberculose : pas de déclaration, mais remise du service de désinfection entre les mains du médecin.

Dr L. DUBIEF.

Charnay-lès-Mâcon, le 14 mai 1914,

Monsieur le Secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France et cher Confrère,

Il y a lieu de s'étonner que les médecins n'aient pas été chargés du service de la désinfection à la suite des maladies contagieuses :

1° Parce qu'eux seuls connaissent parfaitement les cas où il y a lieu à désinfection ;

2° Les lieux, les objets, les vêtements à désinfecter ;

3° Le mode de désinfection qui convient, la façon d'opérer pour qu'elle soit faite de façon nécessaire et suffisante.

4° Lui seul a l'autorité nécessaire pour faire adopter facilement la désinfection chez ses clients sans avoir besoin de faire une déclaration le plus souvent vexatoire et dont le caractère de discrétion qu'elle doit avoir n'est pas gardé.

Je me suis laissé dire que le Ministère a regretté rapidement d'avoir éliminé les médecins du service de désinfection.

Ne croyez-vous pas qu'il serait utile que cette question soit examinée par le Congrès des Praticiens et qu'un vigoureux effort soit tenté dans ce sens.

Pour le faciliter, je crois devoir vous envoyer :

Le règlement du Dr Danjou, adopté par le Conseil général de Saône-et-Loire qui chargeait les médecins du service de désinfection.

La lutte du Conseil général contre le Ministère de l'Intérieur qui préconisait les cantonniers.

Et le vœu, adopté à l'unanimité par le Conseil général, pour que les médecins soient substitués aux cantonniers dans le service de désinfection.

Le service de la désinfection est prévu par l'article 7 de la loi du 15 février 1902.

Les décrets et circulaires relatifs aux règlements d'administration publique pour la mise en vigueur de la loi sont ceux : des 10 février 1903, 27 juillet 1903, du 3 juillet 1905, du 10 juillet 1906, du 28 juillet 1906.

Conformément à ces décrets le Conseil général de S.-et-L. nomme dans sa session du 22 août 1906 une Commission composée de MM. Périer, député, Mauchamp, Thomas, Simyan, député, Danjou.

M. le Dr Danjou est nommé rapporteur et fait adopter le règlement suivant par le Conseil général dans sa session du 10 avril 1907.

RÈGLEMENT DU Dr DANJOU.

ART. 1er. — Conformément à l'article 7 de la loi du 15 février 1902, la désinfection est obligatoire pour tous les cas de maladie énumérés à l'article 1er du décret du 10 février 1903. Toutefois pour les maladies dont la déclaration est facultative, la désinfection n'est obligatoire que si le maire reçoit la déclaration.

ART. 2. — La désinfection est accomplie à la diligence du maire, soit par la famille du malade, sous le contrôle du chef de poste, prévu par l'art. 5 du présent règlement, soit par le service départemental de désinfection. En cas de désinfection par la famille il est procédé de façon prescrite aux articles 14 et 17 du décret du 10 juillet 1906.

Dans tous les cas, le préfet ou le sous-préfet avertit le délégué de la Commission sanitaire.

ART. 3. — Il est créé dans le département de S.-et-L., un service de désinfection destiné à assurer, dans les communes au-dessous de 20.000 habitants, l'exécution des prescriptions du décret du 10 juillet 1906, portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement des services de désinfection. Ce service est placé sous l'autorité directe du Préfet et sous le contrôle d'un membre du Conseil départemental d'hygiène désigné par le Préfet.

ART. 4. — Le service comprend : 1° la désinfection dans le cours de la maladie ; 2° La désinfection après la guérison, le déplacement ou la mort du malade.

ART. 5. — La désinfection est assurée par un chef de poste assermenté nommé par le Préfet, sur la proposition du délégué de la Commission sanitaire, et des agents qui peuvent également être assermentés, nommés également par le Préfet, dans chaque commune sur la proposition du maire ; les agents sont placés sous l'autorité des chefs de poste.

ART. 6. — *Seront désignés comme chefs de poste tous les médecins qui consentiront à être assermentés.* — Les médecins de l'assistance médicale se-

ront dans tous les cas tenus d'accepter les fonctions de chef de poste dans leur circonscription.

Art. 7. — Le matériel se compose : 1° d'une étuve à désinfection avec les bâches et caisses nécessaires au transport des objets de literie ou tentures et habillements contaminés. Il sera établi obligatoirement une étuve dans chacun des hôpitaux et des chefs-lieux d'arrondissement et facultativement dans les autres hôpitaux.

2° De l'appareil dit « Le Fumigator », tel qu'il a été approuvé par le Comité consultatif d'hygiène. Six de ces appareils seront, dès l'ouverture du service, remis à chaque médecin chef de poste, il en réclamera à la maison qui le fournit au moyen d'une carte détachée d'un carnet à souche.

Art. 8. — Dès qu'un cas d'une des maladies visées par l'art. 1er du décret du 10 fév. 1903 est signalé au maire, celui-ci invite le chef de poste auquel est rattachée la commune et s'il y en a plusieurs, celui qui a fait la déclaration de maladie :

1° A prendre au cours de la maladie, les mesures de désinfection telles qu'elles sont indiquées par le Comité consultatif d'hygiène publique de France ;

2° A procéder à la désinfection des locaux aussitôt après la guérison, la déplacement ou la mort du malade ;

3° A faire exécuter dans les étuves de l'hôpital la désinfection des objets, literies, qui doivent être désinfectés en profondeur et à s'assurer que le transport de ces objets est effectué sans danger.

Le chef de poste tient un registre des déclarations à lui adressées par les maires, des opérations effectuées et dresse pour chaque série d'opérations une feuille suivant un modèle.

Les présentes prescriptions ne préjudicient en rien aux droits que tiennent les familles des art. 14 et 17 du décret du 10 juillet 1906.

Art. 9. — Chacune des opérations indiquées à l'art. 8 fera l'objet d'un procès-verbal rédigé par le chef de poste et adressé, dans les 48 heures, au maire qui le transmettra immédiatement au Préfet après avoir contresigné.

Si le Préfet juge les mesures prises insuffisantes, il invite le maire à les compléter. En cas de refus du maire, il prescrit lui-même ces mesures, en vertu de l'art. 99 de la loi du 5 avril 1884.

Art. 10. — Pour chaque opération, le chef de poste reçoit du maire un bon qui est joint au mémoire établi en fin d'année et sert de pièce justificative.

Art. 11. — Si, au cours de la désinfection, le chef de poste estime qu'il y a lieu de détruire certains objets, il en avise le maire qui lui donne l'ordre d'exécuter les destructions nécessaires après estimation. Le maire dresse un procès-verbal de l'opération qui est immédiatement transmis au Préfet et au sous-Préfet. Si le maire refuse, le Préfet statue.

Art. 12. — *La désinfection et la rédaction du procès-verbal seront payés 5 fr. au chef de poste qui touchera en outre 0 fr. 60 d'indemnité kilométrique comme pour le service médical (cette indemnité kil. a été augmentée depuis pour l'Assistance médicale gratuite)*. Les agents seront payés 3 fr. par opération.

Ils recevront des frais de déplacement de 0,30 le kil., si l'agent local ne fait pas l'office.

Art. 13. — La taxe de remboursement, prévue par l'art. 26 de la loi du 15 février 1902 et le décret du 10 juillet 1905, est proportionnelle à la valeur locative de l'ensemble des locaux d'habitation dont dépend la pièce occupée par le malade. Elle est fixée à 3 % de cette valeur locative pour les communes de moins de 5.000 habitants et à 2,5 % pour les communes de 5.000 à 20.000. Si la taxe ainsi calculée dépasse 30 fr. par pièce soumise à la désinfection totale, elle est réduite d'office à ce maximum.

Art. 14. — Dans le cas où la désinfection des objets est demandée indépendamment de celle des locaux, la taxe est réduite à la moitié de ce qu'elle eût été si la désinfection avait porté également sur les locaux ayant renfermé lesdits objets.

Art. 15. — Si sur la demande des intéressés, la désinfection est opérée la nuit, l'opération donne lieu à une redevance supplémentaire montant à 50 % de la taxe.

Art. 16. — Pour la désinfection des chambres garnies, ainsi que des loges de concierges, des chambres de domestiques et des chambres individuelles d'ouvriers logés chez leurs patrons, lorsque ces chambres ou loges font partie d'une habitation collective, la taxe est réduite à une somme fixe de 5 fr.

Art. 17. — La désinfection est gratuite pour les indigents.

Art. 18. — Les tarifs réduits sont appliqués à la désinfection dans les établissements charitables ou scolaires.

Art. 19. — Les taxes sont dues par le malade ou, en cas de décès, par ses héritiers.

Toutefois dans les cas visés de l'art. 16, elles sont dues par les gérants, propriétaires, maîtres, patrons.

Dans les cas où il s'agit d'établissements charitables ou scolaires, elles sont à la charge des établissements.

Art. 20. — Les taxes sont établies sur des états d'après les feuilles dressées par le chef de poste et certifiées par le délégué de la Commission sanitaire.

Le 6 août 1907, *une lettre du Ministère au Préfet de S.-et L. met en demeure le C. G. de modifier ce règlement* :

« Ce règlement soulève une objection capitale en ce qui *concerne l'attribution aux médecins des fonctions de chef de poste.* Ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le simple examen des textes, *ces fonctions sont, par définition même, incompatibles avec la profession médicale* ; elles impliquent, au point de vue administratif, une intervention permanente, nettement indépendante de l'exercice médical, d'autant plus active que les cas de maladie sévissent à l'état épidémique, et, au point de vue technique, un rôle matériel, un outillage, une pratique qui ne sauraient convenir en aucun cas au médecin.

Si celui-ci peut et doit intervenir de la façon la plus utile en matière de désinfection, c'est d'une part comme délégué de la Commission sanitaire de circonscription, véritable chef de service, sous le contrôle de cette Commission sanitaire de circonscription et d'autre part comme conseil des malades, de leur famille ou de leur entourage lorsqu'ils désirent assurer par eux-mêmes la désinfection rendue obligatoire par la loi »....

« Je vous signalerai en outre, comme susceptible de répondre à ces conditions d'une façon tout à fait pratique et économique, *le concours des agents du service vicinal,* tel qu'il a été adopté dans un département voisin du vôtre, celui du Doubs ».

Pour le Ministre, le sous-directeur,

Morgand.

Session d'août 1907 *du Conseil général. Séance du* 22 *août.* Dr Danjou, rapporteur.

Messieurs, dans votre séance du 10 avril 1907, vous avez approuvé le règlement pour le service de la désinfection que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Ce règlement, soumis à l'approbation de M. le Ministre de l'Intérieur, a été l'objet de sa part de critiques nombreuses qui, si elles étaient acceptées, détruiraient toute l'économie de ce règlement.

Votre Commission spéciale et le Conseil départemental d'hygiène se sont réunis de nouveau le 17 août, et, après examen attentif des observations de M. le Ministre, ont déclaré à l'unanimité qu'elles n'étaient pas fondées, que le règlement adopté par vous au mois d'avril assurait d'une façon certainement plus efficace et en même temps plus économique cet important service que celui proposé par M. le Ministre et j'ai été chargé de vous proposer à nouveau l'adoption de ce règlement avec quelques légères modifications de pure forme.

La désinfection en tant que service se décompose en deux parties distinctes :

La désinfection au cours de la maladie et la désinfection après la maladie, le départ ou la mort.

La *première partie, incontestablement la plus importante, est déjà assurée par le médecin,* pour lequel c'est un devoir strict d'indiquer au malade les mesures prophylactiques.

La nouvelle fonction de chef de poste, dont notre règlement l'investit, lui donnera l'autorité nécessaire non seulement pour conseiller, mais pour imposer et surveiller les mesures de désinfection nécessaires. Il n'y aura donc de ce chef aucune dépense nouvelle de personnel et seulement quelques dépenses d'antiseptiques.

Pour la désinfection des appartements, le médecin qui est sur place pourra également assurer beaucoup plus économiquement et avec plus de compétence que tout autre ce service.

Les conclusions du rapport du Dr Danjou sont adoptées par le Conseil général.

Nouvelle lettre du Ministre de l'intérieur du 14 *novembre* 1907, disant que le projet adopté par le Conseil général ne peut être accueilli et le Ministre maintient son objection principale en disant qu'il est impossible d'attribuer aux membres du Corps médical les fonctions de chef d poste.

« En droit, le Conseil général n'est pas appelé à se prononcer sur un mode de désinfection répondant plus ou moins à des circonstances locales, mais bien sur l'application d'un service dont les bases sont expressément déterminées par le règlement d'administration publique. Ce règlement longuement étudié par le Conseil général d'hygiène et le Conseil d'Etat a écarté avec intention la participation des médecins traitants pour y substituer un personnel nettement défini et une procédure uniforme.

« Le rôle du chef de poste est nettement limité, il peut être un auxiliaire précieux pour le médecin, jamais un élément de conflit. Certes, le concours que le Corps médical apportera à l'œuvre de la désinfection constituera un facteur puissant, mais sans aucun doute, d'autant plus efficace que le service chargé de réaliser cette *désinfection sera plus dégagé de la pratique médicale elle-même*.

Pour le Ministre, le Directeur,

Mirman.

On croit rêver à la lecture de cette lettre de M. le Directeur, il faudrait toute la reproduire pour montrer combien elle est est embrouillée, comment les arguments ne tiennent pas debout, aussi est-elle aussi peu claire que possible et les vers de Boileau trouvent là leur application.

Session du Conseil général de S.-et-L., d'août 1908. *Séance du* 19 *août.*

Par une lettre ministérielle du 25 juillet 1907, Clémenceau stimule le zèle des C. G., dans l'application de la loi du 15 février 1902 et soumet au vote du C. G. le vœu du C. G. de la Somme,

rendant obligatoire la désinfection après chaque décès sauf en cas de production d'un certificat médical établissant que la maladie cause du décès n'était pas contagieuse.

M. le Dr Gras est rapporteur et soutient le vœu qui est discuté :

Extrait de la discussion : M. *le Président* (Mr Sarrien). — Il s'agit de préciser.

L'année dernière nous avions décidé de confier le service de désinfection à des médecins, on n'a pas accepté cette organisation au Ministère de l'Intérieur, on a émis la prétention de nous *faire accepter l'organisation du département du Doubs qui servirait alors de type.*

Le département du Doubs a confié le service de la désinfection aux cantonniers, si nous employons les cantonniers et les agents-voyers à la désinfection nous n'aurons plus qu'à envoyer les médecins casser des pierres sur la route (*Rires*).

Nous nous sommes inclinés devant la décision ministérielle, mais nous avons à émettre un vœu pour que le service de désinfection soit confié aux médecins qui sont tout désignés pour cela.. ».

M. *le Président.* — Je mets aux voix la première partie des conclusions du rapport, tendant à considérer la tuberculose comme une maladie contagieuse dont la déclaration est obligatoire.

Cette première partie est adoptée.

Je mets aux voix la deuxième partie des conclusions du rapport tendant à rendre obligatoire la désinfection après tout décès, sauf si un certificat indique que la maladie causale n'est pas contagieuse. (*Non adopté.*)

M. *Campionnet* demande que le C. G. soit autorisé à organiser le service de la désinfection par les médecins.

M. *le Président.* — Je mets aux voix la proposition de M. Campionnet. (*Elle est adoptée à l'unanimité.*)

M. le Président.— Je tiens à faire constater l'unanimité du Conseil général sur cette question.

Dr Léopold Dubief.
(à Charnay-lès-Mâcon).
Président du Syndicat de Mâcon.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— V. E. M. du Sud-Ouest.— La Société d'Hydrologie et de Climatologie de Bordeaux fera cette année un voyage d'études dans le Plateau Central.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Sellier, rue Boudet, à Bordeaux.

— Société française de stomatologie.— Des élèves directs de Magitot, qui fut le véritable créateur de la Stomatologie, désireux de faire revivre les traditions de cet illustre maître, viennent de fonder une nouvelle Société médicale, la Société française de Stomatologie. Ils ont inscrit à leur programme tout ce qui peut concourir aux progrès de cette branche de la médecine.

Son bureau est ainsi constitué. Président : Dr Cruet ; vice-présidents, Docteurs Nogué et Frey ; secrétaire général : Dr Herpin ; secrétaire général adjoint, Dr Rousseau-Decelle.

Les séances ont lieu le deuxième mardi de chaque mois à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Danton.

— Prix de la Société de Médecine de Paris.— Prix Duparcque (1.800 fr.) à décerner fin décembre 1914. Sujet : « Des moyens d'apprécier l'activité fonctionnelle du foie. Leur application à la médecine et à la chirurgie. »

Les mémoires, inédits, anonymes, porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée renfermant le nom et l'adresse de l'auteur ; ils devront être déposés, avant le 1er novembre 1914, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le Secrétaire général, Dr Paul Guillon, 69, boulevard Malesherbes.

Prix Alfred Guillon (200 fr.) à décerner en 1914 pour un travail, manuscrit ou imprimé, sur les maladies des voies urinaires.

Le secrétaire général, Dr Paul Guillon.

— Conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale. — Les docteurs Aubourg, Colombier, Lebon, et Ledoux-Lebard, chefs de laboratoire de rayons X, commenceront, le lundi 1er juin 1914, à 9 heures du matin, une série de douze conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale, service de M. le Professeur Letulle, au laboratoire de l'hôpital Boucicaut, 62, rue de la Convention, Paris, XVe.

A 9 heures, radiographie des membres. A 10 heures, Conférence avec présentation d'appareils et projections de clichés . A 11 heures, Radioscopie et radiographie des viscères (poumon, cœur, estomac, intestin, grossesse, etc.) L'après-midi, applications de la radiothérapie et de la radiumthérapie.

Programme

I. — *Technique radiologique.* — Lundi 1er juin : Origine et propriétés des rayons X. Ampoules et soupapes. — Mardi 2 juin : Les mesures en radiologie. — Mercredi 3 juin: Les sources d'énergie électrique. Du choix d'une installation de rayons X. — Jeudi 4 juin : — Vendredi 5 juin : Technique de la radiologie : Technique de la radioscopie. — Samedi 6 juin : Technique de la radiothérapie. — II. — *Applications cliniques avec projections de clichés.* — Lundi 8 juin : Radiodiagnostic des lésions du cœur et de l'aorte. — Mardi 9 juin : Radiodiagnostic des lésio ns

traumatiques et non traumatiques des os et des articulations. — Mercredi 10 juin : Radiodiagnostic des lésions de l'œsophage, de l'estomac et du foie. — Jeudi 11 juin. Radiodiagnostic des lésions de l'intestin. — Vendredi 12 juin, Radiodiagnostic des lésions du rein, de l'urètre, de la vessie. La radiographie en art dentaire (Conférence du Dr J. Belot). — Samedi, 13 juin, Radiodiagnostic des lésions du poumon. Radiodiagnostic de la grossesse.

Prière de s'inscrire au laboratoire des Rayons X.

Inscription gratuite pour les conférences et les démonstrations pratiques.

Les conférences ont lieu deux fois par an, en juin et en décembre, le premier lundi.

— **Quand faut-il aller à Vichy** ? — Les exceptionnelles chaleurs de la dernière quinzaine d'avril ont engagé des milliers de baigneurs à devancer l'époque habituelle de la cure ; ceux-ci ont été bien avisés.

Il n'est pas besoin d'insister auprès du corps médical pour lui faire comprendre l'intérêt qu'ont les malades à faire leur cure de *bonne heure* ; en agissant ainsi, ils évitent la chaleur et l'encombrement et jouissent d'une tranquillité qui ne peut que favoriser l'action des Eaux.

La cure printanière permet en outre de faire facilement un second traitement dans l'arrière-saison si celui-ci est jugé nécessaire.

Les médecins savent que, en dehors de l'action si efficace des eaux dans le traitement des affections du foie, de l'estomac, de l'intestin et de la vessie, la station possède les appareils les plus perfectionnés pour l'application des agents physiques : aérothérapie, électrothérapie, mécanothérapie, etc.

Aucune station n'offre plus de ressources ; envoyez donc les malades tributaires de la cure, à Vichy, et si possible dans la première partie de la saison.

— **Leçons sur les maladies de l'appareil digestif.** — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur sémiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent a commencé le lundi 25 mai 1914, à l'hôpital Saint-Antoine. Chaque leçon comportera des exercices pratiques. Les leçons théoriques auront lieu dans la salle de Consultations, le matin, à 9 h. 1/2 et à 11 heures. Les exercices pratiques auront lieu chaque après-midi, de 2 à 4 heures.

S'inscrire au Service de la Consultation tous les matins, de 8 heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques ont lieu dans l'ordre suivant :

1° Lundi 25 mai, à 11 h. — L'examen clinique de l'abdomen, par M. F. Moutier.

2° Mardi 26 mai, 9 h. 1/2. — L'examen du suc gastrique ; les méthodes d'analyse de la sécrétion et de la motricité, par M. Taillandier. — 2 h. Trav. prat. : Repas d'épreuve ; son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorhydrique libre, acide chlorhydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

3° Mercredi 27 mai, 11 h. — La sécrétion gastrique : Les viciations du chimisme, par M. Taillandier. — 2 h. Trav. prat. : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

4° Jeudi 28 mai, 9 h. 1/2. — Exploration chimique de l'estomac ; ses applications au diagnostic, par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Variations de la concentration. Méthodes de mesure du volume total du contenu gastrique, le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

5° Vendredi 29 mai, 9 h. 1/2. — L'exploration motrice de l'estomac ; ses applications au diagnostic, par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Transit stomacal (suite). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun ; recherche du sang, par M. Taillandier

6° Samedi 30 mai, 9 h. 1/2. — La motricité intestinale et ses troubles, par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

7° Lundi 1er juin, 11 h. — La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — 2 h. Trav. prat. : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles ; examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctif et musculaire, débris végétaux), par M. Goiffon.

8° Mardi 2 juin, 9 h. 1/2. — L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — 2 h. Trav. prat. : Examen microscopique des selles : Fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savons, levures, parasites, par M. Goiffon.

9° Mercredi 3 juin, 11 h. — L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — 2 h. Trav. prat. : Matières fécales. Examen chimique, réactions, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales) par M. Goiffon.

10° Jeudi 4 juin 9 h. 1/2. — Le diagnostic de laboratoire du cancer, par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

11° Vendredi 5 juin, 11 h. — Application de la coprologie à la clinique ; les grands syndromes coprologiques, par M. F. Moutier. 2 h. Trav. prat. : Technique coprologique, par M. Goiffon.

12° Samedi 6 juin, 11 h. — La rectoscopie ; cours théorique et pratique, par M. Friedel. — 2 h. Trav. prat. : La recherche du pouvoir antitryptique et la réaction d'Abderhalden, par MM. F. Moutier et Taillandier.

13° Lundi 8 juin, 9 h. 1/2. — Le diagnostic anatomique des lésions gastro-intestinales d'après les données cliniques et radiologiques : A. L'estomac (présentation de pièces), par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Technique coprologique, par M. Goiffon.

14° Mardi 9 juin, 9 h. 1/2. — La technique rectoscopique, par M. Friedel.

15° Mercredi 10 juin, 9 h. 1/2. — Le Diagnostic anatomique des lésions gastro-intestinales, d'après les données cliniques et radiologiques : B. L'intestin (présentation de pièces), par M. F. Moutier. — 2 h. Trav. prat. : Exercices rectoscopiques, par M. Friedel.

16° Jeudi 11 juin, 11 h. — Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel.

Les élèves seront exercés aux manœuvres rectoscopiques au cours des leçons.

Un droit d'inscription de 100 francs sera perçu par élève.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. **N° 23** **Dimanche 7 Juin 1914**

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les impressions du Dr Jacques Bonhomme au IVe Congrès des Praticiens.

Le Dr Jacques Bonhomme avait été délégué par son syndicat au IVe Congrès des Praticiens.

Lors de son départ pour Paris, son ami, l'universitaire retraité, Bourru, l'accompagna à la gare.

« Je te plains, mon vieux, lui dit-il, chemin faisant. Ils ont une triste réputation, tes Congrès de Praticiens. Sincère, convaincu comme tu l'es, que vas-tu faire dans cette bagarre ? Que de désillusions t'attendent au milieu d'un tas d'énergumènes ! Vas, tu laisseras là-bas ta belle foi syndicaliste et ton enthousiasme professionnel ! Du courage, Bonhomme, un peu de philosophie ! Ne nous rapporte pas, je t'en prie, au retour, une trop triste figure. »

J. Bonhomme s'efforçait de répliquer gaiement à ces boutades, mais son rire sonnait faux et masquait mal une réelle inquiétude.

Il savait que Bourru disait vrai, que les dissensions déchiraient entre eux les Syndicats, que les dirigeants se querellaient au lieu de s'entendre et donnaient aux ennemis du Corps médical l'impression de l'anarchie et de l'impuissance. Allait-il prendre, lui-même, part à ces disputes stériles ? Le Congrès servirait-il de champ de bataille aux dissidents de l'Union nationale, voire même aux rares anti-syndicalistes et, sous le coup de la menace des Ministres Chéron et Métin, donnerait-il aux Pouvoirs publics le spectacle de la confusion et de la discorde ?

Pendant tout le cours du voyage, Bonhomme fut obsédé par ces tristes pensées et ce ne fut pas sans anxiété qu'arrivé, il franchit la porte de la salle du Congrès, à l'Hôtel des Sociétés savantes.

Mais, comme, après l'orage, les nuages se dissipent aux premiers rayons du soleil, du coup les craintes de Jacques Bonhomme s'évanouirent aussitôt. Les visages des Congressistes calmes, sérieux et résolus ne reflétaient aucune mauvaise passion. Le président dirigeait les débats sans difficulté, avec sa maîtrise ordinaire. Les orateurs se succédaient à la tribune ; très maîtres de leur parole, ils exposaient leurs idées parfois avec énergie mais toujours avec

courtoisie. Religieusement écoutés, ils étaient rarement interrompus. Sans susciter le moindre tumulte, le président put lire les propositions écrites que le Ministre du Travail avait envoyées par un délégué spécial au sujet de la participation des syndicats à la fameuse commission Chéron. Ces propositions furent longuement discutées. La plupart les trouvèrent bien longues et bien obscures. On les qualifia d'acte diplomatique où l'on pouvait toujours trouver la phrase équivoque qui permettrait, avec une bonne foi apparente, de reprendre ce qui avait été une première fois donné. Personne ne mit en doute la parole ni les bonnes intentions du Ministre, mais l'on fit remarquer que, derrière le ministre éphémère, se dresse la Bureaucratie toute puissante et durable sinon éternelle.

Et, lorsque dans un vote unanime, après une *longue discussion à la fois mesurée et passionnée*, le Congrès décida de reprendre les pourparlers avec le Ministre, tout en affirmant catégoriquement l'intention de rompre tous rapports si la dignité ou les intérêts du Corps médical étaient de nouveau mis en cause, il se dégagea de l'Assemblée une telle impression de force consciente et de gravité résolue que Jacques Bonhomme, comme ses voisins, sentit monter en lui un souffle d'orgueil professionnel qu'il n'avait jamais éprouvé jusqu'alors.

Les séances du Congrès se succédèrent avec la même régularité et la même méthode. Le directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques put, chose qu'autrefois on eût jugé inouïe, venir discuter avec les rapporteurs sur la nécessité de la collaboration des praticiens en hygiène publique, collaboration qu'il appelait du reste de tous ses vœux. Il put rectifier certains points, repousser certaines accusations sans susciter de protestations. Il provoqua même plus d'une fois de chaleureux applaudissements. La plupart des votes furent émis à l'unanimité. L'entente était absolue. Jacques Bonhomme ne pouvait en croire ses yeux ni ses oreilles. Et ce fut mieux quand il apprit que, en marge du Congrès, l'Union des Syndicats médicaux avait signé la paix avec les Syndicats dissidents. Elle était donc obtenue, cette unification des groupements professionnels qu'il appelait de tous ses vœux. On allait donc pouvoir marcher d'un commun accord à la victoire. C'était trop beau.

Sourd aux tentations de la Ville Charmeuse, Jacques Bonhomme sauta dans le premier express. Il avait hâte d'aller porter aux confrères de son coin de province cette bonne nouvelle et il savourait déjà la mine déconfite de l'ami Bourru, le mauvais prophète, qui viendrait l'attendre à la gare avec le malin espoir d'avoir à le consoler de prétendues désillusions.

Aussi, dès l'arrivée, avec quel franc sourire répondit-il, en sautant sur le quai, au regard interrogateur et ironique de Bourru.

Ah ! il ne lui laissa ni le temps de le questionner ni celui d'attendre.

« Union, entente, concorde sur toute la ligne. Victoire certaine. Finie, la commission Chéron. Enterrés, les projets de fonctionnarisation, de domestication du Corps médical. »

Bourru l'écoutait patiemment sans se départir de son calme narquois. Puis, une fois qu'il eut terminé :

« Mon vieux Bonhomme, répliqua-t-il, ton séjour à Paris me rappelle un voyage que je fis, en Espagne, il y a déjà bien des années. Lors de mon passage à Tarragone, on me mena visiter un cloître fameux. Sur les murs, de curieuses et antiques fresques représentaient la célèbre « *procesion de las ratas* ».

C'était d'abord une troupe de rats qui gravement procédaient selon les rites à l'enterrement de quelques chats qui paraissaient bien morts. Le cortège se déroulait, dévot et pompeux, quand soudain les chats ressuscitèrent. Leur mort n'était qu'une ruse de guerre qui devait leur permettre de faire une hécatombe des rats, leurs trop complaisants fossoyeurs.

Notre bon Lafontaine a traduit à sa manière l'apologue peinte sur les murs du cloître de Tarragone dans la fable du *Chat et du vieux Rat.* Eh bien ! crois-moi, défie-toi encore ; la commission Chéron-Métin, transformée, adaptée, améliorée, blanchie pour vous plaire à vous autres praticiens, me porte à répéter avec le vieux rat de la fable :

Ce bloc enfariné ne me dit rien qui vaille

Calme tes élans d'optimisme confiant. Songe au réveil des chats qui font les morts dans la procession des rats du cloître de Tarragone. »

Le Dr Jacques Bonhomme rentra chez lui, songeur.

« Si Bourru avait raison ! » murmurait-il sans enthousiasme.

J. Noir.



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Lyon

Leçon de M. le Professeur agrégé PATEL.

Nanisme myxœdémateux (1).

Je vous présente un jeune homme âgé de dix-sept ans, atteint d'une affection curieuse, intéressante à examiner.

Depuis deux ans, dans sa région cervicale, à droite, s'est développée une tuméfaction, secondaire à des troubles survenus peu après sa naissance.

Symptomatologie. — Il est né à terme et il n'y a pas eu d'incidents pendant la grossesse de sa mère. Ses parents sont bien portants et intelligents. Il a une sœur qui également est bien portante.

A sa naissance, il était très gros, et à six mois, on remarqua qu'il était faible et qu'il avait une tendance à se laisser aller. Vers deux ans, il ne pouvait pas encore marcher ; à ce moment apparut une cyphose de sa colonne dorsale. A quatre ans, il présentait des signes de crétinisme très marqué, ainsi qu'en témoigne une photographie que son père nous a communiquée : faciès rond, lunaire, air hébété, bouche entr'ouverte, ventre proéminent, membres petits. De plus, il était indifférent et parlait peu.

Vers trois ans, il suivit un petit traitement au phosphate de chaux. A sept ans, on pensa qu'il était atteint de myxœdème congénital et un médecin conseilla de lui donner du corps thyroïde de mouton. Il le supporta bien, mais de temps en temps, il présentait des signes d'intoxication thyroïdienne, des palpitations notamment.

A l'âge de dix ans, il semblait encore peu développé. Il prit de la thyroïdine, il se mit à grandir, sa figure devint moins hébétée, ses traits s'accentuèrent. Depuis deux ans, il recommença le traitement thyroïdien ; sa taille s'accrue de vingt centimètres. Son père la mis à l'école, mais il n'y fit aucun progrès. Il l'amène à l'hôpital pour savoir si un traitement chirurgical ne l'améliorerait pas.

Examen physique. — Il s'agit donc d'un jeune homme de dix-sept ans, d'une taille d'un mètre vingt-cinq, à l'aspect infantile, n'ayant pas de difformité, mais ne paraissant pas très intelligent.

(1) Leçon recueillie par M. Naz, interne des hôpitaux.

Les membres sont grêles, la marche est lente, sans énergie ; pour le faire parler, il faut lui poser des questions directes, le forcer en quelque sorte de répondre.

Au niveau du crâne, il présente une saillie exagérée des bosses frontales et occipitales.

Ses cheveux sont actuellement assez luisants ; avant le traitement thyroïdien, ils étaient friables et cassants.

La face ne présente plus l'aspect lunaire ; cependant, le nez est mal conformé ; la voûte palatine est ogivale. Les dents sont irrégulières ; elles chevauchent l'une sur l'autre. La première dentition n'est pas tombée. Il n'y a qu'une seule prémolaire et une seule molaire ; il y a une incisive supplémentaire.

Le cou a une longueur normale ; mais à droite, on remarque une tuméfaction du volume d'un œuf, mobile verticalement et transversalement ; elle suit les mouvements du larynx ; elle est rénitente, la fluctuation y est nette : c'est un kyste thyroïdien. La palpation de l'isthme ne révèle rien d'anormal ; le lobe gauche est bosselé par de nombreux petits noyaux mollasses.

La colonne vertébrale n'est pas déviée.

L'examen du cœur est négatif et l'appareil circulatoire est sain.

On note un peu de génu valgum.

L'appareil génital n'est pas très bien formé ; mais cependant il est suffisant ; le pubis est couvert de poils assez fournis.

La peau du corps est très souple, mais aux mains et aux pieds, elle est dure, mollasse, il y a un peu de myxœdème.

Les doigts, quoique assez bien faits, sont courts ; on a presque la main en trident. Les ongles sont rongés.

Pathogénie et diagnostic. — Ce malade peut rentrer dans la catégorie des nains ; il ne mesure qu'un mètre vingt-cinq.

Autrefois, on faisait du nain un homme en miniature, un homme petit mais bien fait. On a dit qu'il s'agissait d'un arrêt de développement, ce qui n'explique rien ; on a incriminé l'étroitesse des organes génitaux de la mère. En réalité, c'est le système osseux qui ne s'est pas développé normalement. Dans les cas de luxation congénitale double de la hanche et chez les sujets qui ont eu de l'ostéomalacie infantile, il peut se produire en outre un arrêt de développement de la moitié inférieure du corps.

Le plus souvent, on voit d'autres sortes de nanisme, le nanisme rachitique principalement ; dans ce cas les os sont déformés, les tibias sont renversés en arrière, les fémurs en dedans, la tête

est volumineuse et il y a une légère cyphose du rachis.

Mais notre malade n'est pas un rachitique. Il existe aussi des nains achondroplasiques ; ils se présentent avec des corps d'adultes sur des membres d'enfants. Le membre supérieur est très court, il ne dépasse pas l'épine iliaque antéro-supérieure. Les doigts sont très écartés ; on note la main en trident. L'achondroplasie est souvent familiale. Chez notre malade, ce n'est pas le cas et les membres sont relativement longs.

Lorrain a cité des cas de nanisme infantile : retard de développement par rétrécissement mitral ou par une autre lésion viscérale. Mais ce sont des raretés.

Il semble qui nous ayons affaire à un nanisme d'origine thyroïdienne. Le corps thyroïde de ce jeune homme est malade, il possède de nombreux kystes. De plus, il y a eu du myxœdème congénital amélioré par le traitement thyroïdien.

A côté de ce nanisme congénital, on peut avoir du myxœdème acquis, de l'athyroïdisme acquis. Il s'agit de sujets normaux jusqu'à sept ou huit ans et dont le développement s'arrête à ce moment.

Le rôle de la glande thyroïde sur le squelette a été étudié par Schiff, Gley, Morat et Doyon.

Si on enlève le corps thyroïde d'un animal à sa naissance, il reste nain, grêle, ses os sont fragiles ; s'il s'agit d'un chien, il n'aboye pas et sa voix est rauque.

Ces animaux présentent des troubles psychiques ; ils sont lents, apathiques ; il faut les tirer pour les faire marcher. Leurs téguments présentent des modifications.

Chez notre malade, à quoi faut-il rattacher le myxœdème ? Ici, on n'observe pas l'étiologie ordinaire. Les antécédents héréditaires sont nuls : ni tuberculose, ni syphilis, ni alcool. Il n'y a pas eu de thyroïdites ayant pu amener la sclérose de l'organe.

Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'un myxœdème congénital.

Traitement. — Nous avons fait examiner notre malade par M. le Dr Pic, afin de savoir si l'on pouvait toucher au kyste thyroïdien, car il convient de respecter le corps thyroïde, et il faut craindre de changer le sens de la sécrétion thyroïdienne.

M. Pic a conclu à une intervention chirurgicale, le kyste faisant corps étranger dans la substance thyroïdienne.

Notre malade a suivi quelque temps la médication thyroïdienne, il faudra qu'il la continue. Il faut en effet qu'il ingère de la glande pour remédier à la sécrétion insuffisante.

En 1893, Howitz employa du suc glycériné de corps thyroïde, en injection ; mais c'était une méthode douloureuse et dangereuse, car elle donnait des embolies.

On peut donner du corps thyroïde de mouton, c'est une médication très active, mais qui peut donner des accidents analogues à ceux du basedowisme.

On ne dépassera pas vingt-cinq à trente centigrammes de corps thyroïde frais par jour, sous peine de voir survenir des accidents : battements de cœur, bouffées de chaleur, troubles digestifs.

On interrompra le traitement au moins huit jours par mois.

On peut remplacer le corps thyroïde frais par des extraits de corps thyroïde, la thyroïdine, l'iodotyrine employée à vingt ou vingt-cinq centigrammes par jour.

Nous ferons l'énucléation intraglandulaire du kyste, en ménageant soigneusement la substance thyroïdienne intacte.

On a proposé de faire des greffes de corps thyroïde sous la peau ; ces greffes, exécutées par Christiani, n'ont pas donné grands résultats.

Si on greffe le corps thyroïde du sujet, il est malade, il ne tient pas, se ramollit et se résorbe.

On a pu greffer du corps thyroïdien d'une autre personne. Chez un enfant myxœdémateux, on a greffé une parcelle du corps thyroïde de sa mère. La greffe s'est résorbée rapidement et l'enfant n'a pas été amélioré.

En somme, les greffes parcellaires sont insuffisantes ; peut-être la greffe totale aurait-elle plus de succès.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Guérison de la fracture de la clavicule en dix jours. — Traitement opératoire des gangrènes sèches des orteils.— Anesthésie régionale dans la néphrectomie.— Plaie de la vésicule biliaire.— Anesthésie locale dans la prostatectomie. — Hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite. — Rupture du tendon long du biceps. — Eclatement du foie par contusion abdominale.

M. Couteaud lit à l'*Académie de médecine* une note sur la *guérison de la fracture de la clavicule en dix jours.*

M. Couteaud a préconisé il y a dix ans et a perfectionné depuis une méthode qui permet de guérir une fracture de la clavicule en dix jours, avec résultat esthétique excellent. Cette méthode comporte le repos au lit et une attitude spéciale du bras. L'attitude du bras offre deux positions successives : la position n° 1, dans laquelle le bras pend naturellement hors du lit, l'épaule étant en porte-à-faux ; la position n° 2, dans laquelle l'avant-bras, replié à angle droit, repose sur un tabouret en contre-bas du lit. Le traitement de M. Couteaud se compose, en

résumé, d'une heure et demie de position nº 1 et de huit à dix jours de position nº 2. Il nécessite le séjour au lit, mais il est d'application facile (les positions spéciales adoptées amenant une coaptation naturelle parfaite) et donnerait des résultats très satisfaisants.

— M. QUÉNU fait à la *Société de chirurgie* une communication sur le *traitement opératoire des gangrènes sèches des orteils et du pied.*

M. Quénu signale, d'abord, les progrès apportés à la thérapeutique chirurgicale des gangrènes spontanées par l'emploi de l'air chaud (qui dessèche et modifie l'escarre) et de la névrectomie à distance (qui supprime l'élément douleur). Puis, il pose la question opératoire. Quelle doit être la formule actuelle au point de vue du siège de l'amputation, pour les gangrènes sèches sans complications lymphangitiques et dont la limitation semble être acquise ? Faut-il toujours adopter les principes de vön Manteuffel, qui veut qu'on ampute toujours la cuisse pour des lésions d'orteils ou de pied, sous prétexte que l'oblitération artérielle occupe le plus fréquemment l'artère poplitée, ou pratiquer une opération économique du pied ou de la jambe ?

Depuis 4 ans, M. Quénu est intervenu six fois chez des malades atteints de gangrène sèche des membres inférieurs et,chez tous, il a pu se contenter d'opérations économiques.Un seul a dû subir une réamputation. Il conviendrait donc de réagir contre les exagérations de la pratique allemande et de s'en tenir, dans la mesure convenable bien entendu, aux opérations sur le pied ou sur la jambe.

M. MAUCLAIRE s'est contenté, également, plusieurs fois, d'interventions limitées. Il pense, d'autre part, qu'il ne faut recourir qu'avec beaucoup de prudence à l'épreuve de Moskovitz, qui a proposé d'appliquer pendant cinq minutes une bande d'Esmarch et de juger, d'après les limites d'hyperhémie consécutive, de la hauteur à laquelle siège l'oblitération artérielle.

M. LEJARS a utilisé une fois le procédé de Moskovitz dans un cas de gangrène sèche du pied. Suivant les indications de Moskovitz, après avoir relevé le membre dans la verticale, une bande de Nicaise fut appliquée sur la cuisse comme pour faire l'hémostase et enlevée au bout de cinq minutes. La peau de la jambe devint franchement rouge jusqu'au-dessous de la partie moyenne ; plus bas, elle était à peine rosée ou incolore. On en conclut que l'amputation était faisable à la jambe. Mais M. Lejars conserve la même impression que M. Mauclaire et n'est pas sans inquiétude sur l'action que peut exercer une telle constriction sur des artères malades. D'ailleurs, l'hyperémie indicatrice peut s'obtenir par une technique plus simple et inoffensive. M. Moskowitz lui-même a montré, l'année dernière, qu'il suffisait de tenir le membre en attitude verticale pendant une ou deux minutes, puis de l'abaisser dans le plan horizontal et au-dessous, pour assister à un phénomène semblable : l'hyperémie active se manifeste par une teinte plus ou moins rouge de la peau dont les limites inférieures servent à préciser,jusqu'à un certain point, l'aire vascularisée. Le lavage et le frottis de la peau, à l'alcool et à l'éther, donneraient encore même résultat.

— M. LEGUEU présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. SOURDAT (d'Amiens) relatif à l'*anesthésie régionale dans la néphrectomie pour tuberculose rénale.*

M. Sourdat relate cinq observations de néphrectomie pour tuberculose rénale pratiquées par M. Pauchet ou par lui-même, à l'aide de l'anesthésie régionale (infiltration des nerfs du champ opératoire à la novocaïne-adrénaline).

M. TUFFIER a fait quelques essais d'anesthésie régionale. L'anesthésie d'une région par stovaïnisation du tronc nerveux correspondant, dit-il, est quelquefois facile, que ce tronc soit pris en un point fixe de son trajet ou à son émergence du rachis. Il n'en est pas toujours ainsi, il est vrai. Pour l'anesthésie des nerfs intercostaux, en chirurgie thoracique, la recherche du nerf est souvent délicate. Les points de repère donnés par Braun sont en général assez exacts.

— M. LENORMANT rapporte à la *Société de chirurgie* une observation de *plaie de la vésicule biliaire.*

Les plaies de la vésicule sont peu communes. Qu'elles se produisent par coup de feu ou par arme blanche, elles sont d'ailleurs rarement isolées et accompagnent habituellement d'autres lésions viscérales.

La symptomatologie des plaies de la vésicule biliaire n'offre qu'un intérêt relatif puisque toute plaie pénétrante de l'abdomen est justiciable de l'intervention opératoire. Les symptômes immédiats sont ceux des plaies abdominales . Le seul signe qui serait caractéristique, l'écoulement de la bile au dehors, est exceptionnel. Les symptômes consécutifs, observés au cas de non-intervention, sont ceux de l'épanchement intra-péritonéal de bile : réaction péritonéale, ictère, etc.

— M. LEGUEU fait à la *Société de chirurgie* une communication sur l'*anesthésie locale dans la prostatectomie.*

M. Legueu a pratiqué, depuis un mois, tant en ville qu'à l'hôpital, seize prostatectomies avec la seule aide de la seringue et de la solution de Reclus, (novocaïne à 1 p. 200, additionnée d'adrénaline).

L'anesthésie des plans superficiels est faite selon la technique de Reclus.C'est à la vessie que commencent les particularités. Cette vessie, il faut l'insensibiliser pour elle-même en injectant dans sa paroi 8 ou 10 grammes de la solution. Après incision de la vessie, on explore avec délicatesse la prostate et l'on anesthésie celle-ci en injectant à son pourtour, par 7 ou 8 piqûres différentes, la préparation de novocaïne-adrénaline.

La dose d'anesthésique utilisée par M. Legueu est

la suivante : pour la paroi, y compris la vessie, 60 à 70 grammes de solution ; pour la prostate, de 60 à 80 gr. En tout 120 à 140 gr. de solution, soit 0 gr. 60 à 0 gr. 80 centigr. de novocaïne.

— M. Auvray fait à la *Société de chirurgie* un rapport sur un cas de *hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite*, observé par M. Victor Veau.

Les cas de ce genre sont des plus rares. L'étranglement est alors, en général, très serré et demande une intervention rapide.

MM. Savariaud, Picqué et Arrou soulignent la rareté de semblables étranglements herniaires. Mais, ce qui n'est pas rare, dit M. Arrou, ce sont les tiraillements, les douleurs, les ennuis de toutes sortes, allant jusqu'à constituer une infirmité, chez nombre de sujets qui ont été drainés après l'opération de l'appendicectomie. Il ne faudrait drainer que lorsqu'il est impossible d'agir autrement.

— M. Mauclaire présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur une observation, adressée par M. Lapointe, de *rupture du tendon du long biceps brachial dans sa portion articulaire.*

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui fit, dans un faux pas, un effort violent du bras pour retenir un sac de ciment. Il sentit un craquement douloureux dans la partie supérieure du bras et dut cesser son travail. A l'examen, par comparaison avec le côté opposé, on vit que le biceps faisait dans sa partie externe une saillie globuleuse et qu'il était abaissé vers le pli du coude. Il y avait de plus, entre cette saillie et la partie inférieure du deltoïde, un creux anormal. Pendant la flexion entravée, la partie interne du biceps se contractait, mais la partie externe devenait plus saillante ; elle se rapprochait encore davantage du pli du coude.

Après avoir fait le diagnostic de rupture du tendon long bicipital, M. Lapointe intervint et fixa le bout distal aux deux lèvres d'une boutonnière capsulaire.

Cette rupture du tendon long bicipital serait, pour l'auteur, relativement fréquente. Elle peut se produire sur un tendon altéré (par une arthrite sèche) ou sur un tendon normal. Au point de vue thérapeutique, la question de l'intervention chirurgicale ne se poserait pour ainsi dire jamais dans les ruptures spontanées (habituellement ignorées) et ne serait pas indiquée dans toutes les ruptures accidentelles. Quand le tendon est retenu dans sa gaine, la réinsertion spontanée est possible et l'on peut se contenter d'immobiliser le membre dans une attitude favorable à cette réinsertion, quitte à intervenir secondairement si l'impotence persiste. On doit opérer quand le tendon est complètement sorti de sa gouttière, en fixant le bout distal, sans chercher à faire une suture intraarticulaire des deux bouts, qui est impossible.

— M. Lenormant lit à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. Ertaud (de Nantes), relatif à un cas d'*éclatement du foie par contusion abdominale traité par suture avec guérison.*

Pour M. Lenormant, il est possible, en présence d'un sujet atteint de contusion de l'abdomen, de faire, non avec certitude mais avec une très grande probabilité, le diagnostic de rupture du foie. Finsterer a indiqué un signe qu'il considère comme pathognomonique : la bradycardie. Alors que toute hémorrhagie interne notable s'accompagne d'une accélération du pouls, dans les traumatismes du foie, le pouls serait normal ou ralenti. Toutefois, le signe de Finsterer n'offre qu'une valeur très incertaine. On peut néanmoins faire un diagnostic de probabilité par les symptômes de lésion viscérale (contracture de la paroi abdominale, hyperesthésie, immobilité respiratoire), ajoutés aux indices d'hémorrhagie interne importante et au siège du trauma. Une hémorrhagie interne notable consécutive à une contusion de l'abdomen relève le plus souvent d'une lésion du foie.

P. L.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Les méthodes actuelles d'épuration des eaux potables.

(A propos des incidents de Lunéville) (1).

(Suite)

III. Procédés chimiques.

Ces procédés sont extrêmement nombreux, et il ne saurait être question ici de les examiner tous : ils ne sont d'ailleurs utilisés qu'aux colonies ou pour l'alimentation des armées en campagne et n'ont servi pour purifier l'eau nécessaire à une agglomération de quelque importance que dans des cas absolument exceptionnels. Ainsi, en 1911, à Paris, devant la pénurie d'eau, la compagnie se vit obligée de faire passer dans les canalisations une certaine quantité d'eau de la Marne, additionnée, sur les conseils du Dr Roux, d'eau de Javel. Toutes ces méthodes ont pour principe l'addition en faible proportion, à l'eau à purifier, d'un corps bactéricide (hypochlorites, permanganates), dont on précipite ultérieurement l'excès par un réactif approprié.

Tous les halogènes, surtout à l'état naissant, ont été successivement préconisés, à cause de leurs propriétés oxydantes et microbicides ; ils stérilisent rapidement une quantité considérable d'eau, mais ils ont l'inconvénient de lui communiquer un goût désagréable ; de plus quelque minime que soit la dose à laquelle on emploie ces substances, leur ingestion continue peut provoquer des troubles dans l'organisme.

Franke conseillait d'ajouter à l'eau 2 centigrammes

(1) Voir n° 11, 15 mars 1914, p. 674.

de chlorure de chaux par litre et de filtrer la solution trouble ainsi obtenue.

Duyk, dans le procédé dit au *ferrochlore*, additionne l'eau simultanément de chlorure de chaux et de perchlorure de fer ; les microorganismes sont ainsi brûlés par l'action oxydante de l'hypochlorite de calcium, tandis que l'excès de chaux que renferme toujours ce réactif, agissant sur le perchlorure de fer, forme un précipité d'hydrate ferrique gélatineux qui entraîne avec lui, en les encollant, les matières organiques en suspension dans l'eau. Ce procédé a été utilisé en grand dans certaines stations balnéaires belges ; il peut rendre de réels services dans certains cas, mais il doit être surveillé attentivement, les doses des réactifs à employer variant avec la composition de l'eau à purifier ; de plus, l'eau conserve toujours un léger goût métallique peu agréable.

En 1911, le Dr Roux, conseilla la javellisation, qui fut utilisée à Paris avec succès, grâce à un contrôle chimique très sévère et constamment exercé ; c'est son emploi accidentel qui a provoqué à Lunéville les incidents que tous les journaux ont relatés le mois dernier.

Sur les conseils du directeur de l'Institut Pasteur, on additionnait l'eau de la Marne d'une quantité d'hypochlorite de potassium (eau de Javel), ou de sodium (eau de Labarraque) telle que cette eau renfermât par litre un milligramme de chlore actif. On laissait six heures en contact, puis l'eau ainsi traitée, ayant perdu la moitié de son chlore actif, était diluée dans de grands réservoirs à Montsouris, avec quatre ou cinq fois son volume d'eau pure. L'excès de chlore, ramené par cette dilution à moins de 1/10° de milligramme par litre, disparaissait peu à peu au contact des sels calcaires de l'eau, et l'on vérifiait chimiquement, avant de livrer cette eau à la consommation, que toute trace d'halogène y avait disparu.

Ce procédé peut rendre de grands services dans des circonstances exceptionnelles, mais il ne peut être employé seul, puisque l'eau ainsi purifiée doit être diluée dans une grande quantité d'eau pure ; de plus, les Parisiens ont encore présent à la mémoire le goût désagréable et médicamenteux de l'eau qu'ils ont consommée pendant l'été de 1911.

Allain, dès 1894, préconisa l'emploi de la teinture d'iode dans l'épuration des eaux à la dose de VIII gouttes par litre ; on décolore ensuite par addition de la quantité juste nécessaire d'hyposulfite de soude.

Vaillard rendit la méthode pratique en préparant des comprimés susceptibles de produire, au contact de l'eau, de l'iode à l'état naissant ; le procédé, très simple, consiste à dissoudre dans l'eau successivement trois pastilles de couleur différente :

1° Une bleue renfermant un mélange d'iodate de sodium et d'iodure de potassium ;

2° Une rouge contenant de l'acide tartrique ;

3° Dix minutes après, une blanche composée d'hyposulfite de soude pour fixer l'excès d'iode.

L'eau ainsi purifiée renferme toujours une faible quantité d'iodure, d'où son goût amer et les accidents d'iodisme que son usage peut provoquer chez certains sujets.

Nous ne citerons que pour mémoire les procédés au périodate de chaux, avec précipitation ultérieure par l'alcool, à l'eau oxygénée avec destruction de l'excès de réactif par addition de permanganate ; leur emploi est à peu près nul.

Nous nous arrêterons un peu plus longtemps sur les nombreuses méthodes à base de permanganate et dont l'emploi est si fréquent dans nos colonies ; elles sont rapides et efficaces, elles ont sauvé de nombreuses existences, notamment en Indo-Chine, mais leur prix de revient élevé empêche leur utilisation dans nos pays.

Mlle Schipiloff, la première, préconisa l'emploi du permanganate de potassium pour l'épuration des eaux et l'élimination de l'excès de réactif par addition de sucre.

Lapeyrère additionnait l'eau à purifier de 0 gr. 25 par litre du mélange :

Permanganate de potassium.........	3 gr.
Alun pulvérisé.....................	10 gr.
Carbonate de soude sec.............	9 gr.
Chaux éteinte......................	3 gr.

Après agitation, l'eau doit conserver quelques instants une coloration rose violacée, puis se troubler par formation d'un précipité gélatineux d'alumine qui agit par encollage ; on filtre ensuite sur de la ouate de tourbe purifiée. La filtration est lente, et l'eau, bien épurée, reste parfois colorée en rose, ce qui lui donne un aspect peu engageant.

Aussi Laurent a-t-il eu l'idée de transformer, avant la filtration, l'excès de permanganate en oxyde de manganèse insoluble par addition d'une faible quantité d'hyposulfite de soude. L'eau ainsi traitée est parfaitement incolore, inodore, sans aucun goût désagréable, le seul inconvénient du procédé est la formation aux cours des réactions qui se produisent dans cette épuration d'une certaine proportion de sulfate de potassium dont l'usage prolongé peut provoquer des accidents.

Gabriel Lambert a le premier montré la nécessité d'un contact d'au moins dix minutes entre le permanganate et l'eau et il a indiqué en 1906 la formule de poudres qu'il faut ajouter successivement à l'eau à quinze minutes d'intervalles, environ :

1° Poudre permanganatée :

Permanganate de potassium....	six centigr.
Carbonate de soude sec.........	dix centigr.

2° Poudre réductrice :

Sulfate manganeux...........	cinq centigr.
Sulfate d'alumine............	onze centigr.

(pour un litre d'eau).

Après filtration, l'eau est absolument incolore, inodore et dépourvue de toute saveur désagréable. Ce procédé est d'un usage courant en Indo-Chine, et

l'industrie livre actuellement sous le nom de *Poudres Manganit*, des mélanges, très voisins des précédents, dont la composition exacte, due également à G. Lambert, est brevetée et tenue secrète.

Certains auteurs ont, au cours de ces dernières années, proposé de substituer les permanganates de chaux, de fer, ou même d'argent au permanganate de potassium et très récemment, Lecomte, a utilisé avec succès, en Perse, une solution à 70 ‰ de permanganate double de fer et d'alumine, à la dose de 1/2 centimètre cube par litre d'eau. Les matières organiques sont brûlées et il se précipite un mélange de sesquioxydes de fer, de manganèse et d'alumine qui forme une laque encollant toutes les substances en suspension. L'excès de réactif est détruit par addition d'eau oxygénée, ce qui provoque une nouvelle précipitation de ses quinoxydes, et on filtre sur du coton. L'eau est ainsi parfaitement épurée et ses propriétés organoleptiques sont entièrement conservées.

Tels sont, dans leur principe, les principaux procédés purement chimiques, proposés pour l'épuration des eaux potables ; leur manipulation souvent délicate et leur prix de revient en général élevé ne permettent pas leur emploi dans l'alimentation des grandes agglomérations. Aussi, quelque favorables que soient les résultats qu'ils puissent donner, les compagnies ne sauraient-elles y faire appel que pour parer à des éventualités tout à fait exceptionnelles.

Il nous reste à examiner ici une méthode nouvelle, plutôt électrochimique que chimique, qui n'est entrée dans la pratique que depuis quelques années à peine, et dans laquelle on fait intervenir comme agent bactéricide un oxydant gazeux, l'ozone, que l'on peut préparer aisément, ainsi que l'a montré Berthelot, en condensant l'oxygène de l'air sous l'action de l'étincelle électrique invisible appelée effluve ou pluie de feu. L'ozone, ou plus exactement l'oxygène ozonisé, car on n'obtient jamais ce gaz à l'état pur, privé de toute trace d'oxygène, est l'un des plus énergiques parmi les oxydants actuellement connus : à la dose de 1 gr. par mètre cube, il tue instantanément tous les microorganismes qu'une eau peut renfermer. Le mécanisme de cette action si intense est encore mal connu, et Bonjean a proposé de l'expliquer, non par une réaction chimique, mais par l'existence de « rayons particuliers entraînés avec l'air ozonisé dans l'eau. »

La méthode, extrêmement simple, consiste à faire tomber en pluie aussi fine que possible l'eau à purifier à l'intérieur d'une tour que parcourt en sens inverse un courant d'air ozonisé, cette ozonisation étant obtenue par simple passage d'un lent courant d'air au travers d'un appareil à effluves. De nombreux dispositifs ont été proposés pour réaliser un contact aussi complet que possible entre l'eau et le courant gazeux ; nous ne saurions examiner ici tous les appareils utilisés de nos jours dans ce but ; nous citerons simplement ceux d'Abraham, Otto, Siemens, Frise, etc.

L'eau ainsi purifiée est abandonnée quelques instants à elle-même pour permettre aux traces d'ozone qu'elle peut renfermer de se décomposer ou de se dégager. Les propriétés organoleptiques sont ainsi non seulement conservées, mais améliorées : si l'eau était jaunâtre, elle devient incolore ; si elle était malodorante, elle devient inodore.

Il est absolument indispensable d'éviter, dans tous les appareils servant à la purification, les tuyautages et canalisations en plomb : l'ammoniaque et les nitrites de l'eau sont en effet oxydés par l'ozone, et l'acide azotique produit attaque le plomb, d'où danger pour la santé des consommateurs.

Cette méthode, très rapide et peu coûteuse, toutes les fois que l'on peut se procurer aisément l'énergie électrique nécessaire à la production d'ozone, est actuellement adoptée par un certain nombre de grandes villes : Paris, St-Pétersbourg, Nice, où elle donne de très bons résultats.

Elle présente de plus l'avantage de pouvoir être utilisée sur une moins grande échelle, dans un hôpital par exemple, la compagnie générale de l'ozone construisant actuellement des appareils de dimensions réduites, dont nous avons eu nous-même l'occasion de voir fonctionner un des premiers modèles à l'hôpital de Monaco, lors du Congrès de climatothérapie et hygiène urbaine.

Tel est actuellement, dans ses grandes lignes, l'état de la question de l'épuration des eaux potables ; parmi les nombreuses méthodes qui ont été successivement proposées et essayées, deux seules semblent aujourd'hui avoir quelque avenir : l'ozonisation, qui est déjà d'un emploi courant, et la stérilisation par la lumière ultraviolette qui en est ainsi encore à ses débuts. Les procédés physico-chimiques semblent donc l'emporter de beaucoup sur les méthodes chimiques pour la destruction de la vie microbienne, ces dernières ne pouvant, sans danger pour la santé publique, être employées d'une manière continue.

V. Volmar,
Docteur ès-sciences.

PHTISIOTHÉRAPIE

Aperçu sur une nouvelle thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Pneumothorax et héliothérapie,

Par le Dr Hervé,

Directeur du Sanatorium des Pins, à la Motte-Beuvron.

L'association de ces deux mots, quand il s'agit du traitement de la tuberculose pulmonaire, semblera quelque peu audacieuse à l'heure où une des formules est encore fortement discutée, où l'autre est écartée par la presque unanimité des phtisio-thérapeutes.

Aussi bien, n'est-ce point une discussion de principe que je prétends engager. Depuis deux ans, j'applique à certains tuberculeux pulmonaires le traitement de Forlanini ; depuis deux années également, j'ai commencé à exposer au soleil quelques-uns des malades de mon sanatorium, adultes ou enfants. J'ai vu à l'étranger des tentatives similaires. Ce que je voudrais dire ici, ce sont simplement les résultats de mon expérience personnelle, résultats encore limités, mais qui m'ont paru suffisamment instructifs pour que je puisse les faire connaître.

Dans une communication faite à Berlin en octobre dernier, je disais : « Je crois féconde en résultats l'association du pneumothorax et de l'héliothérapie, et il ressort dès maintenant de l'expérience d'une année que la cure solaire a considérablement aidé à l'amélioration de malades pneumothoracisés ».

Quatre mois après cette communication, ma conviction est encore plus solidement assise. Il faut avoir vu le groupe des quarante malades que j'ai autour de moi au sanatorium pour apprécier la valeur thérapeutique de l'un et de l'autre procédé, ou des deux méthodes associées. Ce qui est certain, c'est que la physionomie du sanatorium est changée ; le nombre des malades alités a diminué ; le thermomètre ne connaît plus que chez un petit nombre — les nouveau-venus — les oscillations anormales. N'est-il pas juste, dès lors, de songer que l'application de cette nouvelle méthode thérapeutique a bien pu contribuer à un résultat dont tout le monde s'applaudit, médecins et malades ?

Sur le pneumothorax, la documentation française est déjà suffisamment riche, et tout le monde semble désormais d'accord sur l'innocuité de l'intervention et sur l'efficacité des résultats immédiats. Où l'on commence à ne plus s'entendre, c'est lorsque l'on vient à parler des résultats éloignés. Des objections de toute nature nous sont opposées : durée trop longue du traitement, surtout durée impossible à fixer ; incertitude du résultat ; extension de la maladie au côté opposé avec ou sans lésions préexistantes ; localisations secondaires, tantôt sur le larynx, tantôt sur l'intestin ou sur tout autre organe.

Dans tout cela, il y a une part d'exactitude. Mais que l'on songe d'abord aux malades à qui le traitement est appliqué : cavitaires le plus souvent, parfois déjà cachectisés, pneumonies caséeuses, tuberculoses aiguës à marche rapide, tous malades voués pour la plupart, autant que peut l'affirmer le pronostic médical, à une mort prochaine : voilà les cas où tous nous sommes intervenus.

La vérité, c'est que, en cette matière, il n'y a pas de pourcentage à établir, parce que l'intervention a été pratiquée presque toujours en désespoir de cause et comme une suprême ressource.

Sur la question d'extension des lésions au côté opposé, il me suffira de rappeler ce que je disais à Berlin : « Mes opérés sont presque tous des bilatéraux, et cependant le plus grand nombre a bénéficié du traitement ; et non seulement je n'ai pas vu à la suite de l'intervention s'aggraver plus rapidement les lésions du côté opposé, mais j'ai souvent assisté à leur évolution régressive, à la transformation fibreuse de certaines lésions localisées. »

Quant à l'influence du pneumothorax sur le développement des lésions tuberculeuses à distance, Dumarest et Duballen, dans une communication récente, ont fait justice de cette allégation. Sur 13 cas de laryngite concomitante, ils ne trouvent aucune aggravation. Par contre, deux malades atteints d'entérite ont vu leur affection évoluer normalement. Ces conclusions sont aussi les miennes. Parmi les 37 cas de pneumothorax opérés au Sanatorium des Pins, je note sept laryngites. Six sont guéries. Quant à l'entérite, elle a été modifiée heureusement dans deux cas. Chez un troisième sujet, l'évolution a persisté sans présenter aucun caractère d'aggravation.

D'autre part, j'ai vu se produire au cours du traitement, et se terminer heureusement, des incidents qui, à leur apparition, m'avaient justement alarmé. Pendant la période d'accommodation, c'est-à-dire dans les trois mois qui ont suivi la première insufflation, deux malades, opérés du côté droit, ont fait une pleurésie gauche. Chez l'un d'eux, les deux tiers inférieurs de l'hémithorax gauche présentaient de gros frottements répartis autour de la surface pulmonaire, la dyspnée était intense, la fièvre persista pendant quinze jours autour de 39 degrés.



Fig 1.
Scène de patinage. — Trois sujets opérés de pneumothorax figurent dans le groupe de patineurs.

Chez un autre, également opéré du pneumothorax à droite, la pleurésie gauche s'accompagna d'un épanchement que j'ai évacué ; il y avait 1.500 grammes de liquide. Ceci se passait en avril dernier ; mes deux sujets sont debout, le premier habite à 50 kilomètres de chez moi, et

◆◆◆

revient chaque mois se faire faire son remplissage ; le second, assez turbulent, s'est livré ces temps derniers à l'exercice fatigant du patinage.

Que conclure de ces divers épisodes ? Assurément que le pneumothorax ne modifie en rien la physionomie des accidents tuberculeux ou autres auxquels peut être ultérieurement exposé l'opéré. Faut-il aller jusqu'à dire qu'il en atténue la gravité ? Très vraisemblablement ces malades, s'ils avaient dû subir les incidents relatés plus haut avec des lésions pulmonaires suppurantes et non comprimées, auraient été plus en danger et moins facilement guéris.

Il est donc un premier point acquis : c'est que, ni par la technique opératoire, ni par la modification apportée à la fonction physiologique du poumon, l'état du sujet opéré du pneumothorax n'est aggravé. Voyons maintenant l'enseignement que peut nous donner la pratique de ce traitement, pour essayer d'en dégager les indications.

Après les premières injections, quelquefois dès la première, nous notons un abaissement de la température, une diminution de la toux et des crachats. C'est la règle ; ce n'est pas une règle absolue. Certains malades conservent de la fièvre pendant plusieurs semaines, quelquefois pendant plusieurs mois. D'autres continuent à expectorer.

La persistance de la fièvre peut tenir à deux causes : réalisation d'une faible compression, par suite d'adhérences nombreuses et solides, autrement dit pneumothorax incomplet, ou bien persistance, malgré une compression suffisante, presque totale ou même totale, d'une intoxication, qui se révèlera surtout par des troubles gastro-intestinaux.

Nous avons tous vu des malades, chez qui les premières injections gazeuses avaient provoqué une amélioration immédiate, reprendre, après quelques jours de la fièvre, et continuer à cracher. L'examen radioscopique dénotait chez eux la présence d'adhérences qui transformaient le poumon en une sorte de réticule retenu à la paroi costale par plusieurs points de suture, et au milieu duquel le foyer bacillaire continuait à suppurer.

En revanche, je note chez plusieurs de mes opérés, la persistance de la fièvre, alors que la compression confirmée par l'examen radioscopique était largement suffisante pour assurer la coaptation des foyers pulmonaires suppurants, et que cette compression était encore contrôlée par la disparition presque totale des crachats. Mes malades nos 17, 22 et 23 ont continué à faire des températures élevées pendant plusieurs mois, ils présentaient en même temps des troubles gastro-hépatiques, anorexie, vomissements, teint subictérique, augmentation de volume du foie.

Ainsi, compression incomplète, intoxication ancienne ou suraiguë : voilà les deux obstacles au pneumothorax. Contre ces deux obstacles, comment lutter ?

Pour détruire les adhérences qui retardent ou empêchent la compression totale du poumon, je pratique, au moyen du galvano-cautère, une intervention limitée à laquelle j'ai donné le nom d'excision « galvanique des brides pleurales » et que je décris ailleurs. Cette intervention ne peut être, bien entendu, réalisée que si je me trouve en présence d'adhérences à implantations discrètes et autant que possible filiformes. Cependant, dans un cas au moins, j'ai pu, en répétant les séances d'excision, libérer une surface pulmonaire qui tenait par plusieurs centimètres carrés.

Je crois d'ailleurs que, au-delà de ce procédé, il nous restera encore la ressource de recourir à une plus large intervention, celle de Tuffier, par exemple, la thoracoplastie de Brauer créant des dégâts vraiment trop importants, et devant être réservée à des cas exceptionnels.

J'arrive à la seconde catégorie de malades : ceux qui, malgré une compression complète ou tout au moins cliniquement suffisante, conservent de la fièvre avec des troubles gastro-hépatiques (Observations 9, 17, 22 et 23 de ma statistique). C'est à ces malades surtout que conviendra l'héliothérapie.



FIG. 2.
Cure solaire au sanatorium, le 2 février 1914. — Les trois premiers sujets sont des sujets opérés de pneumothorax.

Ce n'est pas sans une certaine appréhension que, au cours de l'été dernier, en présence d'une évolution qui semblait franchement mauvaise, j'ai osé soumettre successivement ces malades à l'exposition solaire. Deux, les nos 17 et 22, ont été mis au soleil, alors qu'ils avaient plus de 38 degrés. Le no 17, notamment, présentait depuis plusieurs semaines des symptômes franchement entéritiques.

Sagement gradué, surveillé chaque jour par moi-même, le bain solaire a fait merveille ; à mesure que s'affirmait la pigmentation, j'avais la satisfaction de voir ces malades s'améliorer ; et

aujourd'hui, cinq mois après ce traitement solaire, une année pour quelques-uns après le début du pneumothorax, ces malades sont debout, ne présentent plus ni toux, ni crachats, ni température. Ils ont tous augmenté de poids — de 3 à 10 kilogrammes — sans aucun effort d'alimentation, et l'examen de leur poumon opposé n'accuse aucun signe stéthoscopique. Assez entraînés à la cure solaire, ils en ont fait encore tout récemment, malgré une température très basse, de 5 degrés seulement. L'un d'eux a été, par moi, autorisé à patiner.

Comment agit le soleil ? Je n'entrerai pas ici dans la discussion purement scientifique pour rechercher si l'action solaire est due principalement aux rayons actiniques ou à l'ensemble du spectre. Plus volontiers, je croirais à l'influence du spectre solaire total. Ce qui est certain, c'est que la lumière agit, quelle que soit la température extérieure ; c'est que la pigmentation, qui est le critérium de l'action utile du soleil, s'obtient aussi bien avec des températures basses qu'avec des températures élevées. Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que l'action solaire est différente selon qu'elle s'exerce à une altitude élevée, dans la plaine ou au bord de la mer. C'est ce qui explique les opinions divergentes des médecins qui usent du soleil à Leysin, à Nice ou à la Motte. Mais quel que soit le procédé, l'action solaire est évidente, le soleil agit comme tonique général, il agit aussi comme modificateur des lésions locales. Les faits cliniques et la radiologie s'accordent, d'ailleurs, pour nous montrer des résultats identiques ; disparition de l'expectoration après une application solaire prolongée, réapparition des crachats, lorsque, pour des raisons saisonnières, le traitement a dû être suspendu pendant plusieurs semaines. A l'écran, formation, au bout de quelques semaines, d'une bande opaque limitant nettement des lésions à contours jusque-là diffus.

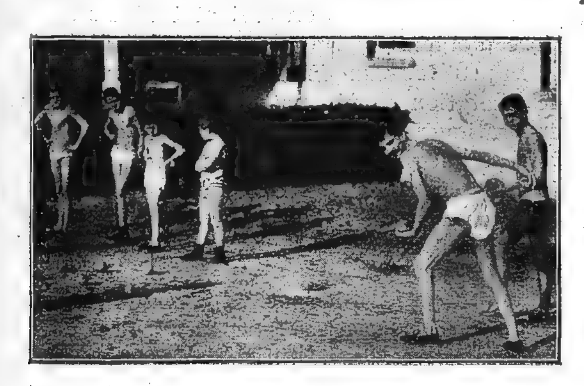


Fig. 3.
Cure solaire à la Villa Jeanne-d'Arc le 4 février 1914. — Trois enfants opérés de pneumothorax sont parmi les joueurs de boule.

Voici donc deux catégories de malades, chez lesquels le pneumothorax seul menaçait de donner un résultat incomplet ou seulement provisoire, et qui devront à une thérapeutique complémentaire la guérison définitive qui paraît dès maintenant pouvoir être affirmée.

Que conclure ? C'est que si la méthode de Forlanini est, suivant l'expression de Dumarest, « l'arme la plus puissante que l'on possède à l'heure actuelle pour lutter contre les formes caséeuses destructives unilatérales de la tuberculose pulmonaire », elle ne doit pas cependant représenter aux yeux du médecin le dernier mot de la thérapeutique. Il nous reste encore d'autres moyens d'action avec lesquels il nous sera possible de la combiner.

Dans ma communication à la conférence de Berlin, j'exprimais l'opinion que le traitement serait d'autant plus actif qu'il serait réalisé dans un milieu plus sain.

Il faudrait ajouter « à une époque plus rapprochée de début de la maladie ». Non pas, bien entendu, à la période congestive, mais aussitôt que paraissent les signes d'évolution caséeuse, quel que soit l'état des malades. C'est alors surtout que nous aurons des chances de passer librement dans la plèvre, sans être retenu par des adhérences, que des réactions pleurales n'ont pas encore eu le temps de créer.

A cette période où l'affection, encore localisée, se présente sans grand retentissement sur l'organisme, nous avons quelques chances de pouvoir la traiter comme on traiterait une tuberculose externe.

Pourquoi ne serait-il pas permis d'espérer pour la tuberculose pulmonaire ainsi conçue les mêmes résultats thérapeutiques que la chirurgie obtient dans le traitement des tuberculoses articulaires et osseuses ?

Ici et là la formule serait identique : repos, aération et soleil.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES

Traitement de l'urétrite chronique,

d'après le Dr E. Jeanbrau,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

La collection des *Consultations médicales françaises*, si bien éditées par M. A. Poinat (1), et qui réunissent en fascicules de 25 pages environ les données thérapeutiques ou cliniques les plus récentes qui peuvent intéresser le médecin praticien, vient de publier une seconde édition du

(1) Chaque fascicule 0 fr. 50. A. Poinat, édit. 121, boulevard Saint-Michel à Paris.

Traitement de l'urétrite chronique due à la plume du savant chirurgien de Montpellier, M. E. Jeanbrau.

***

M. Jeanbrau montre d'abord par une description anatomique rapide de l'urètre engainé par une longue grappe de glandes qu'une fois infecté, il peut avec quelque raison,être comparé à une éponge remplie de pus. Très souvent, la guérison de la blennorragie n'est qu'apparente. Il existe des glandes qui restent infectées et enkystées, dont le pus est fort peu virulent. Un coït, un traumatisme, un injection antiseptique irritante suffiront à redonner une activité nouvelle aux gonocoques sommeillants et une récidive survient sans contamination nouvelle.

Le Dr Jeanbrau pose donc les indications suivantes :

1° Evacuer dans le canal le contenu septique des glandes infectées (y compris prostate,glandes de Cowper et de Littre) ;

2° Stériliser ces sécrétions et les entraîner hors de l'urètre sans le réinfecter ;

3° Assouplir les parois du canal et les zones infiltrées ;

4° Désinfecter les cavités glandulaires et les anfractuosités de la muqueuse urétrale.

***

Pour remplir ces indications, M. Jeanbrau préconise :

1° *Les grands lavages chauds* dont il expose ainsi la technique :

Si l'écoulement contient des gonocoques, il faut employer le permanganate de potasse à dose faible à 1 pour 8.000, 1 pour 6000. On peut, si la réaction est nulle, augmenter progressivement jusqu'à 1 pour 2000. Mais de l'avis de l'auteur, ces fortes doses ne sont pas meilleures. On fait d'abord un lavage de l'urètre antérieur avec un litre de la solution ; puis on augmente la pression en élevant le bock, et le liquide pénètre dans la vessie. Le malade doit faire effort comme pour uriner, afin de relâcher son sphincter membraneux. Chez les sujets nerveux, le lavage de l'urètre postérieur est souvent difficile. Il faut ou bien leur donner deux grammes de bromure par jour, ou leur faire une injection de cocaïne au centième, au préalable, dans l'urètre antérieur.

Quand l'écoulement ne contient pas de gonocoques mais des microbes d'infection secondaire, les lavages au sublimé à 1 pour 20.000 ou pour 10.000, à l'oxycyanure de mercure à 1 pour 4.000 sont indiqués. Ils font disparaître ces microbes et reparaître les gonocoques, s'il en existe encore dans un foyer glandulaire. On reprend alors les lavages au permanganate pendant quelques jours.

Quand l'écoulement est amicrobien, lavages au nitrate d'argent à 1 pour 2.000 ou à 1 pour 1.000 (tâter la susceptibilité du malade). Reprendre le permanganate, quand le gonocoque reparaît.

2° *Les dilatations aux bougies et aux béniqués.* M. Jeanbrau préconise surtout l'usage des bougies en gomme à bout olivaire remplies de grenaille de plomb, et graduées selon la filière Charrière.

A chaque séance, on passe trois bougies en commençant par le dernier numéro introduit à la dernière séance. On laisse le dernier instrument 5 ou 10 minutes.

On a préalablement le soin de laver l'urètre antérieur et d'introduire dans la vessie une solution chaude de permanganate à 1 pour 8.000 ou d'oxycyanure de Hg. à 1 pour4.000.

3° *Le massage digital sur béniqué* précédé et suivi d'un lavage chaud abondant.

4° *Le massage de la prostate et des glandes de Cowper*, la vessie étant à demi remplie par une solution antiseptique.

5° *Les hautes dilatations* du canal avec des instruments appropriés comme les dilatateurs de Kollmann dont l'emploi ne peut guère être fait que par un spécialiste.

6° *Le massage du canal sous la douche* qui peut se pratiquer au moyen du laveur urétral de Jeanbrau et éviter l'irritation et l'inflammation qui font souvent suite au massage digital sur béniqué.

7° *Les instillations.*

Rappelons que le nitrate d'argent constitue le meilleur topique, mais qu'il faut commencer par des solutions faibles, 1 p. 200 ou 1 p. 100 au plus, pour atteindre progressivement 1 pour 75, 2, 3, 4 et même 5 p. 100. En procédant ainsi, on habitue l'urètre au nitrate et on évite les violentes douleurs que provoquent les solutions fortes instillées d'emblée. Le protargol à 10 p. 100, à peine douloureux, donne quelquefois de bons résultats, mais on revient toujours au nitrate d'argent.

On peut faire une instillation après une séance de dilatation et un massage. Il est préférable de pratiquer les instillations le jour qui sépare deux séances de dilatation-massage. Lubrifier l'instillateur à boule olivaire avec de la glycérine ou un savon soluble pour éviter que l'huile n'entrave l'action du nitrate.

Les pansements à demeure : La transformation de l'épithélium en épiderme avec une couche cornée explique l'échec des instillations employées seules dans les urétrites anciennes. Le nitrate se décompose au contact des couches kératinisées de l'épithélium qu'il nécrose et ne pénètre pas. Aussi, depuis longtemps, a-t-on cherché à modifier la muqueuse urétrale à l'aide d'un topique qui pût demeurer plusieurs heures dans l'urètre sans se neutraliser trop

MATIÈRE MÉDICALE MODERNE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE CHRONIQUE

Peu de thérapeutiques sont aussi délicates que celles de la bronchite chronique ; le catarrhe chronique des bronches ne survient pas, en effet, chez des sujets indifférents ; sous toute bronchite chronique, il y a, ou une infection pulmonaire spécifique non encore décelée (tuberculose, syphilis), ou un état de débilitation de l'organisme (vieillesse, sclérose artérielle, uricémie, glycosurie, insuffisance cardiaque, rénale ou hépatique, intoxication par l'alcool, le tabac ou la profession).

Le traitement de la bronchite chronique n'est donc pas, comme celui de la bronchite aiguë, un traitement de symptômes, c'est surtout un traitement de causes. Il nécessitera donc, pour être actif, un examen prolongé du malade, une recherche approfondie de ses tares, de ses insuffisances viscérales.

Ces notions étiologiques sont indispensables, car on pourra bourrer un bronchitique chronique de balsamiques, d'antiseptiques et de sédatifs de la toux sans obtenir d'amélioration, alors que le régime lacté suffira à diminuer la toux persistante d'un brightique insoupçonné.

Ce traitement aura donc deux indications concomitantes :

1° Le traitement de la bronchite, qui sera surtout une médication modificatrice des sécrétions. On prescrira avec succès la terpine, la térébenthine, la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, le benjoin, les iodures.

2° Un traitement général, qui lorsque la diathèse ou la tare causale auront été dépistées, sera celui de ces états (régime chez les néphrétiques et les diabétiques, dissolvants de l'acide urique chez les goutteux, tempérance chez les alcooliques, interruption du métier et traitement spécifique chez les saturnins) ; dans la plupart de ces cas, et lorsque l'état qui a permis la chronicité de la bronchite ne peut être précisé, on prescrira avec avantage l'iode ou l'arsenic.

Ce traitement sera heureusement complété par la cure thermale, soit aux sources sulfureuses des Eaux-Bonnes, de Cauterets, de Bagnères-de-Luchon, soit aux sources arsenicales, de la Bourboule, du Mont-Dore ou de Saint-Honoré.

Malgré la grande variété des médicaments mis à la disposition du médecin, un grand nombre de cas de bronchite chronique paraissent peu influencés par le traitement, ou bien des accidents aigus viennent interrompre une amélioration difficilement obtenue, le cœur se dilate, le taux des urines diminue, le bronchitique devient un cardiaque.

La chimie synthétique nous a donné un médicament qui évite aux bronchitiques chroniques cette évolution vers l'asystolie.

La benzo-iodhydrine ($C^{10} H^{10} Cl IO^{2}$) agit : 1° par son iode assimilé, d'une façon très énergique et sans iodisme, et sur l'état général, et sur le poumon, dont cet iode fluidifie les sécrétions bronchiques.

2° par son élément benzoïque, qui contribue, lui aussi, à fluidifier les sécrétions bronchiques, et exerce sur les bronches une heureuse action balsamique et antiseptique. Cette action est d'autant plus complète que la benzo-iodhydrine est un puissant dissolvant de l'acide urique et qu'elle donne dans les néphrites chroniques des résultats excellents (voir Thèse du Dr Chenal, Faculté de Paris).

Ce traitement des bronchites chroniques par les capsules de benzo-iodhydrine (chaque capsule déglutie correspond à l'action de 0,30 de KI et de 0,02 d'acide benzoïque) évite donc au médecin bien des tâtonnements et au malade bien des déboires.

Il a un autre avantage. L'association d'un groupement iodé à un groupement benzoïque réalise une diurèse extrêmement marquée, surtout dans les cas d'asystolie d'origine pulmonaire. Des bronchitiques chroniques ayant dilaté leur cœur droit verront, sous l'influence de 4 à 6 capsules de benzo-iodhydrine par jour, leur taux d'urines s'élever en 8 à 12 jours de 800 gr. en 24 heures à 2 litres 500 et même 3 litres 500.

Ce traitement de la bronchite chronique, par les indications multiples qu'il satisfait, mérite d'être appliqué (échantillons gratuits, 36, rue de Paris, à Colombes, Seine) dans tous les cas de bronchite chronique, principalement dans les cas où le cœur se dilate, et dans ceux qui résistent à tous les traitements habituels.

Docteur Léon BRUEL.

(1)

Après les Maladies Contagieuses

Le GONIN n° 4, 2 fr. 75 pour 20 m³.



Le GONIN n° 3, 2 fr. 30 pour 15 m³.

Le GONIN

DÉSINFECTE sans rien abîmer

ÉCONOMIQUEMENT

DISCRÈTEMENT

il est autorisé par le Ministère de l'Intérieur pour

Toutes Désinfections de Locaux

Rappelons que chacun a le droit d'exécuter par ses soins ou de faire exécuter par un service privé LA DÉSINFECTION DE SES LOCAUX pourvu que ce soit à l'aide d'un procédé autorisé

comme

Le GONIN

(Article 17 du décret du 10 juillet 1906)

ÉTABLISSEMENTS GONIN, 60, rue Saussure, PARIS

Téléphone **517-23** — *Télégraphe :* **FUMIGATOR-PARIS**

vite. Motz conseille de préférence les sels mercuriels et en particulier l'hermophényl, composé organique de mercure, qui contient 40 pour 100 d'hydrargyre. Ce sel a le grand avantage de ne pas coaguler le sérum ni les substances albuminoïdes et de n'être pas irritant.

Il est utile d'avoir trois solutions, parmi lesquelles on choisira suivant la sensibilité de l'urètre du malade :

	Solution faible	Solution moyenne	Solution forte
Hermophényl	0 gr. 50	0 gr. 75	1 gramme
Protargol..........	0 gr. 50	0 gr. 75	1 —
Glycérine	30 c.c.	30 c.c.	30 c.c.
Chlorhy. de cocaïne	1 gr.	1 gr.	1 gramme
Eau dist. bouillie.	1 litre	1 litre	1 litre

Après lavage des deux urètres, dilatation et massage suivant les cas, on injecte 4 ou 5 centimètres cubes de solution faible dans l'urètre, on ferme le méat avec deux doigts, on entoure le gland de coton hydrophile et on serre avec un fil de coton ou une bande de gaze. La première fois le malade garde son pansement une heure. Progressivement, il doit arriver à le garder trois heures.

Dans les cas où il persiste un écoulement gonococcique dû aux infections glandulaires profondes, Motz conseille de faire tous les jours un pansement à demeure avec la solution suivante :

Eau oxygénée médicinale.......	5 cent.	cubes
Eau distillée bouillie............	95	—

A garder 2 ou 3 heures.

Tels sont, d'après M. Jeanbrau, les principaux moyens de traitement à la portée du praticien non spécialisé.

***

Le choix du traitement varie suivant la variété et le siège des lésions.

M. Jeanbrau donne à ce sujet les indications suivantes :

1° *Urétrite diffuse peu ancienne à gonocoques avec lésions superficielles.* — Grands lavages au permanganate, puis à l'oxycyanure. S'il persiste un suintement, quelques instillations nitratées ;

2° *Urétrite chronique antérieure* ; *prostate saine.* — Idem. Dilatation et massage sur dilatation.

3° *Urétrite localisée en plusieurs points de l'urètre* (folliculites et litrites) *avec prostatite et cowpérite.* — Grands lavages, massage de la prostate et des glandes de Cowper, massage du canal sous la douche ou sur le Kollmann. Instillations.

4° *Urétrite postérieure avec prostatite. Urètre antérieur guéri.* — Massage. Lavage sur dilatateur au Kollmann courbe. Instillations.

5° *Urétrite scléreuse avec kératinisation de l'épithélium, litrites et rétrécissements larges.* — Dilatation à prolonger pendant des années. Massage sous la douche. Pansements à demeure de Motz.

***

Après ces traitements, on reconnaîtra qu'une urétrite n'est plus contagieuse quand 24 et 48 heures après les trois épreuves de la bière, du nitrate d'argent ou du coït avec préservatif, on ne trouve pas de gonocoques ni d'agents d'infection secondaire. Cet examen bactériologique de l'écoulement chronique est parfois d'une interprétation très difficile.

M. Jeanbrau, dans son ouvrage, donne des conseils précieux et détaillés sur les recherches bactériologiques nécessaires et montre dans de belles planches en couleurs quelle doit être l'aspect des préparations après coloration avec le bleu de Lœfler et après application de la méthode de Gram.

Pour dire qu'un malade est guéri, les conditions suivantes doivent être réalisées :

1° La prostate et les glandes de Cowper doivent être indolores et ne donner par le massage que du liquide ne contenant pas de microbes et seulement quelques leucocytes ;

2° Une boule n° 24 ou 25 doit parcourir tout l'urètre sans rencontrer la moindre inégalité et sans parcourir de zones douloureuses (exception faite pour la région membraneuse normalement très sensible) ;

3° Si l'on palpe l'urètre sur un béniqué n° 40, on ne doit sentir aucune nodosité dans la paroi du canal ni aucune plaque d'induration ;

4° S'il existe un suintement opalin le matin, ce suintement, après les épreuves de la bière, du nitrate d'argent et du sublimé, du coït, ne doit contenir que des cellules épithéliales et quelques leucocytes. Il doit disparaître au bout de quelques jours, lorsque la réaction produite par le nitrate ou le sublimé a disparu.

Peut-on considérer qu'un malade, qui dans l'urine du matin expulse encore quelques filaments, n'est pas guéri ?

On doit, dit M. Jeanbrau, être assez éclectique ; l'urètre qui a été atteint d'inflammation peut parfaitement être guéri malgré que certaines glandes expulsent des moules muqueux ou épithéliaux. A la longue, ces filaments finissent par disparaître spontanément. Mais il est indispensable au médecin de ne pas être absolument affirmatif et de faire quelques réserves.

***

Nous venons de donner ici une analyse détaillée avec de nombreuses citations de l'étude si pratique de M. Jeanbrau. Nous en recommandons la lecture, car chaque page, chaque ligne, pourrions-nous dire, contient *un conseil utile*, une indication de technique qui peuvent être du plus grand intérêt pour le médecin praticien.

J. N.

CHIRURGIE SPÉCIALE

Les corps étrangers de l'œsophage. Diagnostic et traitement.

Par le docteur Robert HOULIÉ.

Parler du diagnostic des corps étrangers de l'œsophage paraît être une naïveté, tant il semble que les faits sont évidents, et pourtant rien n'est plus utile. Pour fixer les idées, supposons un malade subitement pris au cours du repas de quintes de toux, de sensation d'essoufflement et qui dit sentir un corps étranger dans le cou : il s'agit-il de corps étranger de l'œsophage cervical ou de corps étranger de l'arbre respiratoire.

A priori, impossible de le savoir, les symptômes ne font que traduire l'irritation du pneumogastrique qui innerve, on le sait, pharynx, œsophage et arbre respiratoire.

La question du diagnostic de corps étranger se pose donc et pour la résoudre, il faut procéder à une enquête méthodique, mettre en œuvre :

1° Radiographie et radioscopie ;

2° L'étude des commémoratifs et des signes actuels.

1° *Radiographie et radioscopie.* — Deux éventualités se présentent : ou bien le corps étranger est perméable aux rayons X, ou bien il est imperméable.

L'examen aux rayons X dans le premier cas est toujours négatif, dans le second il est négatif ou positif.

L'ombre du corps étranger imperméable peut être projetée sur celle d'une partie squelettique, d'où superposition d'images qui empêche sa découverte. La possibilité de cette cause d'erreur oblige l'opérateur à pratiquer l'examen radiographique dans plusieurs plans et de préférence la radiographie instantanée.

La découverte du corps étranger par les rayons X est surtout utile quand elle est récente. Un corps étranger se déplace et tel malade — le fait m'est souvent arrivé avec une radiographie nette — chez lequel l'œsophagoscopie montre la vacuité de l'œsophage, le corps étranger s'est désenclavé spontanément et a filé dans l'estomac. Pour résumer les résultats de l'examen aux rayons X, nous dirons donc que *toute épreuve négative ne compte pas, que seule est valable une épreuve positive.*

2° *Commémoratifs et signes actuels.* — L'histoire est souvent nette. Le malade, en avalant, a ressenti une douleur qui l'a empêché de continuer le repas ; il lui a été, il lui est encore impossible d'avaler quoi que ce soit ; pas de doute, seul un corps étranger qui détermine de l'obstruction œsophagienne produit une dysphagie aussi prononcée. Faites avaler le malade, vous vérifierez le phénomène, vous constaterez aussi une salivation réflexe abondante ; *dysphagie absolue, salivation,* constituent deux phénomènes de haute valeur.

La dysphagie existe, mais à un degré moindre, s'il y a eu éraillure de l'œsophage. Chez les nerveux, cette petite lésion détermine une véritable obsession (corps étrangers imaginaires).

Les abcès œsophagiens provoquent une symptomatologie analogue à celle qu'engendre un corps étranger.

La confusion de ces cas n'entraîne nulle erreur thérapeutique : les abcès de l'œsophage sont souvent produits par des corps pointus et nécessitent une évacuation par voie endoscopique.

Les corps œsophagiens ne produisent pas toujours des troubles nets. Nous avons vu plus haut que se posait quelquefois la question de savoir si le corps étranger était dans l'œsophage ou les voies respiratoires. L'analyse minutieuse des symptômes, la radiologie, permettent généralement de résoudre le problème, je dis généralement, car il est arrivé que le diagnostic ne soit fait que par exclusion, que des enfants aient subi inutilement une trachéotomie destinée à parer à des accidents asphyxiques et à rechercher l'obstacle dans l'œsophage.

Il arrive que le conduit alimentaire ainsi que les bronches manifestent une grande tolérance à l'égard des corps qui y sont inclus.

Il s'agit alors de corps mousses et peu volumineux. J'ai extrait de l'œsophage d'un enfant une pièce d'un sou qui y séjournait depuis un an ; c'est par hasard, à la faveur d'un examen à l'écran pratiqué pour rechercher des ganglions, que cet objet fut décelé.

Traitement. — La notion suivante importe beaucoup : « *le corps étranger est toujours maintenu en place par le spasme œsophagien. Le spasme existe non seulement au niveau du corps étranger, mais fréquemment à la bouche œsophagienne cervicale.* »

Il est avéré que le corps étranger est dans l'œsophage : que faire ?

Il faut d'abord ne pas nuire : si l'adage latin était toujours présent à l'esprit, il inciterait l'expérimentateur à la réflexion et au rejet de mainte thérapeutique biscornue.

Il faut éviter toute manœuvre aveugle, *c'est une règle absolue.* Les crochets de toute forme construits en vue d'aller pêcher dans l'œsophage ne devraient plus avoir leur place que dans un musée d'histoire de la chirurgie. Les morts qu'ils ont occasionnées sont certainement nombreuses.

Les vomitifs doivent être proscrits, ils accentuent le spasme.

Il faut injecter un centigr. de morphine : l'an-

goisse du malade cèdera un peu et peut-être aussi le spasme du conduit alimentaire.

Le médecin doit-il ou non adopter une conduite active ?

Tout dépend de la forme et des dimensions du corps étranger ; il faut distinguer suivant que le corps est de surface mousse, de volume moyen, et qu'il présente des aspérités.

1° Le corps est mousse.

Après s'être assuré qu'il n'y a pas anévrysme de l'aorte, je conseille la méthode de désenclavement cocaïnique dont Sargnon, de Lyon, s'est fait le promoteur. Cette méthode se propose, grâce à l'anesthésie œsophagienne, de vaincre le spasme dont nous connaissons le rôle. Le conduit alimentaire se trouve ainsi libéré par la chute de l'obstacle dans l'estomac. La technique est des plus simples et nécessite des porte-coton en métal souple et de longueur appropriée.

Après anesthésie de la base de la langue avec un porte-coton laryngien trempé dans une solution de cocaïne au 1/10, le porte-coton imbibé d'une solution de cocaïne au même titre est introduit comme une sonde œsophagienne. A l'entrée de l'œsophage, le porte-coton est d'ordinaire arrêté ; inutile de pousser. Laissez-le au contact de l'obstacle, et si au bout de 2 minutes la pénétration ne s'effectue pas, retirez le porte-coton, imbibez-le et introduisez à nouveau, recommencez cette petite manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire pour que la pénétration du porte-coton s'effectue aisément. L'instrument descend ; rencontre-t-il un nouvel obstacle, la manœuvre du début est renouvelée.

Cette méthode réussit pour ainsi dire toujours à libérer le conduit alimentaire.

La plus grande douceur est de rigueur il ne faut jamais triompher de l'obstacle autrement que par l'anesthésie locale.

2° *Corps étrangers avec aspérités ou volumineux.* — L'œsophagoscopie est seule applicable à cette catégorie de cas. Le désenclavement cocaïnique appliqué comme il est dit me paraît franchement dangereux. A supposer que le porte-coton fasse pénétrer plus avant une aspérité déjà incluse dans les parois œsophagiennes et réussisse, l'obstacle franchira-t-il sans encombre l'intestin ? Pas toujours, car on a cité des cas de mort à la suite de laparotomies destinées à enlever la cause d'obstruction.

Pour terminer, je dirai qu'il est nécessaire que le médecin prenne le plus tôt possible une décision.

Un corps étranger produit toujours dans l'œsophage, au bout d'un laps de temps assez court, un processus d'œsophagite dont la perforation peut être l'ultime terme ; c'est un point à ne pas perdre de vue, car si l'ablation du corps étranger est tardive, les lésions continuent à évoluer.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

De l'emploi de l'abcès de fixation chez les urémiques. — L'alimentation des typhiques. — Moyen permettant aux blessés du pied de marcher sans souffrir. — L'adénopathie axillaire symptomatique des pleurésies purulentes aiguës.

De l'emploi de l'abcès de fixation chez les urémiques.

Le professeur Lemoine vient d'observer dans son service un malade atteint d'urémie grave, résistant aux moyens habituels de traitement, et qui a été guéri de sa crise par l'apparition d'un abcès au mollet.

Ce malade, lit-on dans la *Gaz. des Pratic.*, fut pris d'une néphrite aiguë intéressant probablement des reins déjà touchés en raison des habitudes d'intempérance. Il fait un premier séjour à l'hôpital, pour de l'œdème des jambes et de la dyspnée, puis il rentre chez lui où il commet des imprudences et des écarts de régime. Réapparition de l'œdème, beaucoup plus marqué que la première fois, et de la dyspnée, avec congestion pulmonaire passive, diarrhée supplémentaire très forte, tendance à la somnolence, qui finit par confiner au coma. Saignées répétées qui permettent de doser l'urée dans le sang, dans la proportion de 5 gr. 027, puis 4 gr. 122 par litre. Le liquide céphalo-rachidien, extrait par les ponctions lombaires, pratiquées pour calmer la céphalée atroce, donne des proportions sensiblement analogues. On note aussi 3 gr. d'albumine et 5 gr. de chlorures dans les très rares urines journalières.

Sur ces entrefaites, apparaît au mollet une rougeur, au niveau d'une moucheture pratiquée antérieurement contre l'œdème. Un abcès se collecte, que l'on ouvre largement et que l'on draine 12 jours après l'entrée du malade dans le service. A partir de ce moment, l'état s'améliore, la somnolence et les maux de tête diminuent, les urines augmentent. *L'amélioration* continue à s'affirmer et on ne note plus que 0,25 d'urée par litre de sang.

L'auteur conclut de cette observation qu'il s'est agi là d'un véritable abcès de fixation, et qu'il y a lieu, dans des cas semblables, de provoquer la formation de cet abcès, dont on a noté les excellents effets, non seulement dans les infections, mais dans les intoxications, l'intoxication saturnine, l'intoxication par les champignons. Il se propose de recourir à cette méthode quand il se trouvera en présence d'urémiques chez lesquels les moyens ordinaires de traitement auront échoué.

L'alimentation des typhiques.

Question traitée dans le *Bull. médic.*, par MM. Meslay et Roubeau, de l'hôpital Saint-Joseph.

Au début, pendant la période d'intolérance et d'inappétence, on se contentera de recommander l'eau et les limonades. Dans les formes avec troubles gastriques sérieux, et température très élevée, on prescrira une ration réduite : un demi-litre de lait additionné de café, du bouillon de légumes, toutes les tisanes, des grogs. On usera comme toniques d'huile camphrée, de spartéine, d'adrénaline, plus rarement de strychnine.

Au contraire, il convient, par un régime lacté plus abondant, des bouillons, de donner une ration plus abondante, aux malades surmenés, débilités, à désassimilation rapide. On évitera ainsi les accidents d'inanition, et la création d'un terrain favorable à l'apparition de la tuberculose.

Moyen permettant aux blessés du pied de marcher sans souffrir.

Tout sujet atteint d'un traumatisme grave du pied est incapable de faire un pas, voire même de poser le pied par terre. Si, la plupart du temps, on le met sur une voiture pour le transporter jusqu'au domicile du médecin, il lui faut cependant, arrivé à destination, faire pédestrement le court chemin qui sépare la rue du cabinet du médecin. Or, cela est un vrai supplice. Pour y remédier, M. Arndt a imaginé un procédé fort simple qu'il décrit ainsi dans le *Bul. médic.*

Il consiste à prendre une bande de moyenne longueur et solide et à croiser son milieu autour de la partie inférieure du genou plié à l'angle droit et par-dessus les vêtements. Les deux chefs sont ensuite noués derrière le cou du sujet. De cette façon, le pied malade est soutenu en l'air, comme la main blessée peut être dans une écharpe. On ne saurait croire, dit-il, le soulagement qu'en éprouve le malade et la facilité avec laquelle il peut faire quelques pas, soutenu seulement par une personne. En s'appuyant à la rampe d'un escalier, il lui est même possible d'en gravir les marches sans aide et sans douleur.

L'adénopathie axillaire symptomatique des pleurésies purulentes aiguës.

On peut affirmer qu'il meurt, chaque année, un certain nombre d'enfants et même d'adultes porteurs de pleurésies purulentes méconnues. Il y a pourtant, d'après M. Piollé, de Bohain, dans les *Archives médico-chirurgicales de province*, un signe que l'on peut constater dès le début, dans tous les cas, et qui permet d'affirmer à coup sûr qu'il existe une pleurésie purulente.

Toutes les fois que du pus se forme dans une des grandes cavités pleurales, dans les cavités interlobaires ou diaphragmatiques, il se produit une hypertrophie très nette du groupe antéro-interne des ganglions axillaires du côté correspondant.

Cette hypertrophie dure jusqu'à la guérison ou la mort et est fréquemment douloureuse au toucher.

Si donc vous craignez une pleurésie purulente, dit M. Piollé, explorez l'aisselle ; et si vous constatez une hypertrophie unilatérale des ganglions axillaires antéro-internes, ponctionnez sans hésitation en plusieurs régions différentes.

Evidemment la radioscopie est souvent utile, mais elle ne l'est pas toujours ; et surtout elle n'est pas toujours à la portée du praticien.

BIBLIOGRAPHIE

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles — C. Crinon, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat des Hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*, 21, édition (1914). — MM. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris : 4 fr.

Dans la vingt et unième édition qu'il publie aujourd'hui, M. Crinon a introduit les médicaments nouveaux ayant fait leur apparition dans le courant de l'année qui vient de s'écouler : parmi ces médicaments, les plus importants sont : l'*Acitrine*, l'*Adigan*, l'*Albargine*, l'*Almatéine*, l'*Atophan*, la *Bromophénine*, la *Céphalidone*, le *Chavosote*, le *Chlorhydrate d'Emétine*, le *Dioxyanthraquinone*, l'*Electromartiol*, le *Galyl*, la *Gyraldose*, l'*Hédiosite*, l'*Hypophysine*, l'*Istizine*, le *Leptynol*, la *Lipoïodine*, le *Ludyl*, le *Mésothorium*, le *Néoboryval*, la *Ninhydrine*, l'*Opiopon*, l'*Ortizone*, la *Paracodine*, le *Placenta-peptone*, la *Suprarénine synthétique*, la *Toxinone*, le *Tricyanure d'Or*, la *Trégimine*, les *Vaccins contre la blennorrhagie* et *contre la coqueluche*.

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux substances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

Le plan de l'ouvrage est resté le même : on y trouve indiqués sommairement et successivement, pour chaque substance, le mode de préparation, les propriétés physiques et chimiques, les caractères distinctifs, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les formes pharmaceutiques qui se prêtent le mieux à son administration, et enfin, les doses auxquelles elle peut être prescrite.

Les premières éditions de la *Revue des médicaments nouveaux* de M. Crinon ont reçu, des médecins et des pharmaciens, un accueil qui permet d'augurer le même succès pour celle qui vient de paraître.

CORRESPONDANCE

Sanctions syndicales.

L'assemblée de notre syndicat a eu lieu le 6 mai. A la suite de la lecture du rapport sur les tournées médicales, du Dr Canard, que vous avez publié dans le *Concours*, ces tournées ont été supprimées et les deux confrères qui, pour cette question, étaient restés en dehors de notre syndicat, se sont affiliés à notre association. Tous les médecins de l'arrondissement font donc actuellement partie du syndicat. De plus, à cette même réunion :

1° Nous avons créé un conseil de famille ;

2° Nous avons décidé de signer tous l'engagement dont ci-joint un exemplaire ;

3° Nous avons adopté les sanctions du syndicat de Versailles, aggravées, puisque l'amende minima est de 50 francs, au lieu de 20. Tout augmente et si nous relevons les tarifs de nos clients, nous faisons de même des nôtres. Les sanctions et l'engagement écrit ont été réclamés par des syndiqués, dont certains étaient un peu tièdes ; mais nous avons voulu avoir des garanties, pour le respect des engagements pris par chacun de nous.

Nous avons donc fait du bon travail. Je tenais à vous en informer et à vous remercier de vos bons avis qui nous ont permis d'arriver à cet heureux résultat. Est-il nécessaire de faire timbrer à 0,60 centimes les engagements signés pour qu'ils soient valables ?

Dr R.

Lettre envoyée à chaque syndiqué.

11 mai 1914.

Mon cher confrère.

A l'unanimité des dix-huit membres présents, notre assemblée générale du 6 mai courant a décidé de demander à chacun des membres de notre Association syndicale de signer l'engagement ci-joint.

Je vous prie donc de vouloir bien me le retourner après l'avoir revêtu de votre signature, *précédée des mots : lu et accepté.*

La même assemblée a décidé la création d'un conseil de famille qui sera spécialement chargé des enquêtes pouvant aboutir au vote de pénalités et au règlement des conflits qui pourraient surgir entre confrères. Ce conseil de famille se composera de cinq membres, à raison d'un par canton. Ont été désignés : MM. les docteurs Martin, Sacquin, Roussel, Payen, Richard.

Le compte rendu de l'assemblée du 6 mai paraîtra, comme d'habitude, dans un des prochains numéros du *Bulletin* de l'Union des Syndicats où vous pourrez en prendre connaissance.

Croyez, mon cher confrère, à mes sentiments dévoués.

Le secrétaire,

Dr C. Richaud.

Formule d'engagement.

Le docteur soussigné, membre de l'Association syndicale des médecins de l'arrondissement de Neufchâteau, déclare, par les présentes, s'engager à observer les statuts de cette Association, ainsi que toutes les décisions prises par l'Assemblée générale de l'Association et celles qui le seront dans l'avenir et ce, tant qu'il fera partie de cette association.

Il s'engage spécialement :

1° A appliquer le tarif d'honoraires fixé par l'Association syndicale et basé actuellement, sur le prix minimum de trois francs pour la visite à domicile ;

2° A ne pas faire de tournées médicales à jours fixes, à ne pas avoir de cabinets multiples ; à ne pas faire apposer de boîtes destinées à recevoir les demandes des clients et à supprimer celles existantes ;

3° A ne signer aucun contrat avec les compagnies d'assurances, accidents et à n'accepter d'elles aucun tarif d'honoraires à forfait.

Le manquement au présent engagement exposera le signataire aux pénalités suivantes qui seront prononcées par l'Assemblée générale sur la proposition du Conseil de famille :

L'avertissement ; le blâme ; l'amende de cinquante à mille francs ; l'exclusion qui pourra se cumuler avec l'amende.

L'Assemblée générale décidera, en outre, s'il y a lieu d'exercer contre le syndiqué une action judiciaire en dommages et intérêts, conformément aux articles 1142 et suivants du Code civil.

Le présent engagement est pris conformément à la décision de l'Assemblée générale du 6 mai 1914. La même assemblée a également fixé les pénalités énoncées ci-dessus.

Fait à , le

Réponse.

Nous vous félicitons du résultat obtenu. C'est par l'union de tous, basée sur la confiance absolue, que l'on peut marcher de l'avant, pour faire aboutir nos revendications professionnelles.

Vous avez eu raison de faire signer l'engagement à vos confrères. Il est parfaitement inutile de prendre des décisions syndicales, si chacun, rentré chez soi, s'empresse de les violer.

La signature de cet engagement fait réfléchir les membres d'un syndicat et, en réunion, personne ne voudra faire de la surenchère ; mais bien au contraire, les membres de l'association ne chercheront que des solutions pratiques et applicables par tous.

Les sanctions et les engagements écrits sont indispensables pour la bonne marche d'un syndicat. Ce n'est pas la tyrannie syndicale, puisque chaque membre est toujours libre de démissionner ; mais c'est une adhésion franche et loyale d'hommes voulant faire honneur à leur signature

tout en entendant que leurs voisins soient respectueux des engagements pris en commun.

Il est inutile, pour valider cet engagement, de le faire faire sur timbre ; mais chaque engagement fait sur papier libre peut entraîner une amende de 63 fr. 50. Tout acte doit être fait sur papier timbré, non pour lui donner une valeur légale, mais pour remplir les caisses de l'Etat par un impôt indirect :

Les consultations de nourrissons.

Pour la première fois depuis que j'ai l'honneur et le plaisir de compter au nombre des abonnés du *Concours*, je vous demande la permission de figurer dans votre « Correspondance » en vous posant la question suivante :

Par décret préfectoral d'avril dernier, il vient d'être institué dans mon département un service de *consultations de nourrissons* mensuelles ou bimensuelles selon les communes, et *obligatoires* « pour les nourrices des « enfants soumis à la loi Roussel, et pour les mères « des enfants qui bénéficient de l'assistance soit à titre de secourus temporairement soit à titre des « familles nombreuses ». Et la sanction pour les récalcitrantes serait l'interdiction comme nourrices d'une part, ou le retrait du secours alloué d'autre part.

C'est la carte forcée dans toute sa beauté, comme vous voyez, Et c'est aussi, sous la 3e République, le plus bel exemple de favoritisme que je connaisse. Car ne sont chargés, bien entendu, de ces fameuses consultations, dites gratuites (pas pour les contribuables, vous pensez bien) que les confrères qui ont l'échine souple et le sourire devant M. le sous-préfet.

Et encore, s'il s'agissait en l'espèce de ces fonctionnaires-médecins, gardes-chiourmes spécialisés et ne faisant pas de clientèle, dont le *Concours* nous avait fait apercevoir le prochain avènement. Le mal serait moins grand, et cette nouvelle création imaginée pour protéger la santé publique serait peut-être même de quelque utilité au point de vue social. Et surtout le libre choix, en l'espèce, serait sauvegardé. Tandis qu'il court grand risque d'être souvent violenté par nos directeurs de consultations qui, j'imagine, ne seront pas tous des petits Saint-Jean.

Voilà le fait nouveau que je tenais à vous signaler, et qu'il vous intéressera sans doute de connaître, surtout à la veille du prochain Congrès des praticiens. Pensez-vous que les divers syndicats médicaux du département pourraient utilement élever la voix contre une semblable mesure administrative ? Dans l'affirmative, pouvez-vous vous charger d'intervenir auprès d'eux pour déclancher leur action ?

Dr C.

Réponse.

Nous vous adressons un rapport que *nous* avions fait pour le syndicat de l'Ain, au moment de l'institution des consultations de nourrissons dans ce département.

A la suite de ce rapport, qui fut adressé au Conseil général, les consultations ont été purement et simplement supprimées.

Il nous semble donc que vous devriez saisir votre syndicat de la question et discuter avec vos confrères la manière de faire ces consultations, en respectant tous les intérêts en présence, malades, enfants, nourrices, médecins, budget départemental, ou bien en demander la suppression.

C'est aux syndicats médicaux qu'il appartient, non pas de faire de vaines protestations, ou des critiques négatives, mais bien au contraire de substituer au régime établi par la préfecture, un modus faciendi étudié par les médecins, et remplissant vraiment le but poursuivi.

Nous sommes à votre disposition pour de plus amples renseignements.

Une sage précaution.

Vraiment, depuis ces temps derniers il ne fait plus bon exercer la médecine !.... Quelques-uns de nos confrères durement et, à mon avis, injustement condamnés pour « faute lourde », pour erreur de diagnostic, justifient toutes les mesures que les médecins prendront, de plus en plus, pour se garantir des risques professionnels. L'un d'eux, notre excellent ami, le Dr Faguet, chirurgien à Périgueux, emploie le moyen suivant : avant de pratiquer une opération *il fait signer une déclaration par le ou la malade, par les parents du ou de la malade, l'autorisant ainsi à pratiquer cette intervention et s'interdisant toute réclamation concernant les suites immédiates ou éloignées* de l'intervention pratiquée.

Sans doute, comme me le faisait fort bien remarquer le Dr Faguet, lui-même, cette mesure ne nous couvre pas au point de vue légal, mais elle n'en constitue pas moins une très forte présomption favorable au médecin traitant.

Le Dr Faguet a fait établir des imprimés qu'il met à la disposition de ses confrères.

Dr Molinéry.

Réponse.

L'idée est excellente, mais comme vous le dites fort bien vous-même, elle n'a qu'une valeur théorique et qu'un effet platonique au regard de qui n'hésite pas à renier sa signature, quand la loi l'y autorise.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de la maladie de Parkinson par le nucléinate de soude. — Ce traitement se base sur ce fait que les maladies fébriles diminuent et font même parfois disparaître le tremblement des parkinsoniens.

On provoque artificiellement la fièvre par des injections hypodermiques ou, mieux, intraveineuses de nucléinate de soude. Sous la peau, on injecte tous les 2 jours jusqu'à 0,40 centigrammes de nucléinate (en solution à 10 p.100 dans le sérum physiologique) : il se produit une sensation de bien-être et d'allègement. En injection intraveineuse, très préférable, on fait d'abord, 0,01 centigramme, puis 0,02 et on arrive à 0,10, tous les 3 jours (solution à 5 p. 100 dans le sérum physiologique). Après cinq injections, on arrête une semaine environ, et l'on recommence avec une dose faible. On peut, si la réaction fébrile a de la peine à se produire, aller jusqu'à 0,35 centigrammes, dose à ne pas dépasser, car, chez beaucoup de malades, elle représente la limite de tolérance.

Par la nucléinothérapie intraveineuse, les parkinsoniens du service du professeur Marinesco ont été notablement améliorés : diminution ou disparition du tremblement, possibilité de la marche chez les malades immobilisés au lit, sensation de bien-être, sommeil meilleur

I-N. Buia.

(*Soc. biol.*)

Traitement de l'hémophilie par les sels de chaux. — Les radiographies décèlent souvent une ostéoporose qui semble indiquer que l'organisme perd ses sels de chaux en grande quantité.

L'injection intra-veineuse d'une solution de sels de chaux a produit un effet remarquable : arrêt des hémorragies, amélioration de l'état général.

Rosen.

(*Vratchebnaïa Gazeta.*)

Traitement des névralgies par le rob de sureau. — On fait dissoudre à chaud une cuillerée à soupe de suc de fruits de sureau dans une solution aqueuse d'alcool (15 à 20 p. 100 d'alcool à 96°.)

Le rob de sureau agit surtout sur les né-

vralgies primaires, principalement du sciatique et du trijumeau. S'il n'y a pas d'amélioration notable dans les deux premiers jours, il est inutile d'en continuer l'emploi ; mais la médication se montre le plus souvent très efficace, quand il n'y a pas de lésion directe du nerf.

H. Epstein

(in *Sem. médicale*).

R. H. Jokl (*Prag. med. Wochensch.*).

Pansement protecteur de l'ulcère variqueux. — On chauffe au bain-marie la préparation suivante :

Glycérine	} ââ 1 partie
Oxyde de zinc	
Gélatine blanche	
Eau	3 parties

et on en applique plusieurs couches, au pinceau.

(*Medical Council.*)

Les divers modes d'administration de la viande crue. — 1° En sandwich, entre deux tranches minces de jambon, dans un pain de mie beurré.

2° Dans de la purée de carottes ou du bouillon de céleri.

3° On fait, avec de la viande crue, de petites boulettes qu'on pique avec une fourchette, qu'on trempe dans quelques gouttes d'eau-de-vie et sur lesquelles on dépose un peu de sel. Puis on grille l'une des faces devant un feu vif

4° On exécute la préparation suivante ;

50 grammes de viande ;
5 grammes de sucre ;
250 grammes de gelée de groseille.

ou la conserve de Damas :

Viande	100 gr.
Amande douce bien moudée	30 gr.
Amande amère bien moudée	2 gr.
Sucre	20 gr.

Albert Robin.

Erratum. — Dans le « traitement des empoisonnements par le charbon animal » (précédent numéro), rectifier l'erreur typographique suivante :

Au lieu de « absorbant phénomène d'absorption », lire « adsorbant, phénomène d'adsorption ».

A. M.



PARTIE PROFESSIONNELLE

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Assemblée générale du 17 mai 1914.

Les membres de la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français se sont réunis en assemblée générale ordinaire le dimanche 17 mai 1914, à 10 h. 1/2 du matin, au siège social, sous la présidence de M. le Dr Maurat, président.

Le président constate que la convocation a été faite dans le no 18 du *Concours médical* (3 mai 1914) avec indication de l'ordre du jour et que, de plus, des convocations individuelles ont été envoyées à tous les membres. Il déclare que l'Assemblée générale est régulièrement constituée et peut valablement délibérer.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, donne lecture de son rapport, et M. le Dr Vimont, trésorier, donne lecture du rapport financier sur l'exercice 1913 (1).

M. le Dr Jacquot, au nom du Comité des censeurs, donne ensuite lecture du rapport suivant :

Le Comité des censeurs, après vérification, reconnaît la parfaite exactitude des opérations de l'année 1913, la parfaite concordance des chiffres publiés dans le no 18 du *Concours médical* avec ceux du registre de caisse de la société « Caisse de pensions de retraite du Corps médical français ».

Le Comité, en conséquence, vous propose de voter des félicitations à M. le trésorier Vimont, en approuvant sa gestion.

Signé : JACQUOT, BARONNET, COURTIN.

Personne ne demandant la parole, M. le Président Maurat met aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1913.

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle les modifications à apporter dans la composition du Comité directeur.

M. le Dr Mignon, secrétaire général, demande à être relevé de ses fonctions en raison de la confusion que provoque sa double qualité de secrétaire général de la Caisse des pensions et de secrétaire général de la Mutualité familiale.

M. le Dr Vimont demande pareillement à être relevé de ses fonctions de trésorier peu compatibles avec ses nombreuses occupations.

Enfin il y a lieu de remplacer comme secrétaire des séances M. le Dr Jeanne, décédé.

Sur la proposition du Président, l'assemblée nomme pour une période de cinq années :

Secrétaire général : M. le Dr Vimont, 8, rue Etienne Marcel, Paris.

Trésorier : M. le Dr Ch. Dupont, 132, faubourg Saint-Denis, Paris.

Secrétaire des séances : M. le Dr Gassot, Chevilly (Loiret).

Membre du Comité : M. le Dr Pamart, rue des Mathurins, Paris, en remplacement de M. Gassot, nommé secrétaire des séances.

En conséquence le Comité directeur est ainsi composé :

Président : Dr Maurat, sortant en 1917.
Vice-président : Dr Noir, sortant en 1917
Secrétaire général : Dr Vimont, sortant en 1919.
Trésorier : Dr Ch. Dupont, sortant en 1919.
Secrétaire des séances : Dr Gassot, sortant en 1919.
Membres : Dr Lugeol, sortant en 1917.
Dr Pamart, sortant en 1919.

L'ordre du jour appelle la nomination de trois membres du Comité des censeurs en remplacement de MM. les Drs Baronnet, Lacroix et Bardy sortants et rééligibles, et d'un membre en remplacement de M. le Dr Pamart, nommé membre du Comité directeur.

MM. Baronnet, Lacroix et Bardy sont réélus pour une période de trois années.

M. le Dr Courtin, de Bordeaux, est élu pour une année en remplacement de M. Pamart.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le secrétaire,	*Le président,*
A. GASSOT.	A. MAURAT.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

La garantie des paiements mutualistes.

Notre excellent président de la Fédération nationale de la Mutualité, M. Mabilleau, écrivait récemment dans *Le Journal* cette phrase. En parlant des médecins, il disait : « Ils nous apportent la science et la direction, nous apportons la clientèle et l'argent, mieux que cela, la force populaire et la puissance de l'opinion ».

Au premier moment, j'ai cru qu'il s'agissait

d'une coquille d'imprimerie et que pour rétablir le texte, il fallait mettre : « Nous leur emportons la clientèle et l'argent », mais, réflexion faite, connaissant les brillantes qualités ironistes de M. Mabilleau, j'ai pensé qu'au moment du Salon des Humoristes, il avait simplement voulu fournir des légendes à nos joyeux crayons d'artistes.

Je me suis déjà suffisamment étendu sur la clientèle et l'argent apportés par la Mutualité. Quant à la phrase « la force populaire et la puissance de l'opinion », je n'y retrouve que la paraphrase de ces mots lancés au Congrès de Nancy : « Nous sommes la force, nous sommes le nombre et nous avons l'argent ».

Mais, en parlant d'argent, je me souviens toujours que notre grand Mutualiste français, dans des articles, disait : « Les médecins doivent nous accorder un rabais sur leurs honoraires, car ils sont assurés du paiement et n'ont pas à courir de risques pour le recouvrement de leurs honoraires ». Bien que nous sachions la valeur des boniments mutualistes, je serais heureux d'avoir l'avis de notre grand pontife sur le fait suivant :

Dans une grande Société de Secours mutuels de Paris, bien connue pour sa richesse et pour ce fait caractéristique qu'elle paie très mal ses médecins, se passait le fait suivant dont nous trouvons communication dans une circulaire adressée à un certain nombre de sociétaires :

La Société X... est-elle une Société philanthropique ?

« Cette question qui devait, il y a quelques « années, recevoir une réponse formelle, ne le « pourrait pas à l'heure actuelle. Si vous en dou- « tez, lisez ceci :

« En septembre dernier, notre collègue X... ha- « bitant la banlieue, sociétaire depuis 10 ans, « tombait gravement malade et mandait un mé- « decin en lui présentant sa quittance que celui- « ci visait. Le Docteur devait venir trois mois « durant, et ayant visé une première fois la quit- « tance de septembre, ne demandait plus celles « d'octobre, de novembre et de décembre. Notre « collègue eût été d'ailleurs en peine de les lui « présenter, il les retirait d'habitude dans une « maison de Paris ; or, alité depuis trois mois, il « n'avait pu y déposer les fonds et les quittances « étaient rentrées impayées au siège de la Société. « Courant janvier, mis en demeure par le Comité « de payer ses cotisations en retard, notre collè- « gue répondit en demandant un délai et exposa « que sa maladie, qui pendant trois mois l'avait « tenu alité, l'avait privé de ressources, et il sol- « licitait de notre générosité l'allocation journa- « lière qu'il n'avait pas osé demander jusqu'ici. « A cet appel, le Comité répondit :

« *Monsieur, vous êtes en retard dans le paiement* « *de vos cotisations ; malade, vous avez osé cepen-* « *dant vous faire soigner. Nous vous radions vous* « *et votre femme des contrôles de notre Société* ».

« Ce traitement de rigueur diffère quelque peu « de celui réservé à certains membres du Comité « auxquels il fut toléré jusqu'à vingt quittances « en retard. »

Quelle conclusion pouvons-nous tirer de ce fait regrettable ? Le malheureux malade s'était imaginé jusqu'ici qu'une Société mutuelle était destinée à venir en aide à celui qui en avait besoin, et à soulager la détresse de ses membres. Il ne croyait pas que les Sociétés avaient surtout pour but de faire décorer des administrateurs ou les faire admettre dans les Conseils du Gouvernement. Il croyait que la formule des Sociétés était celle que nous pouvons lire sur nos bâtiments publics : « Liberté, Fraternité, Egalité ». Nous sommes fixés. Liberté, point ; Egalité, point ; Fraternité, point. Pour nous, nous n'avons à étudier dans ce cas, que la situation du médecin traitant. Il examine la feuille au début, car dans presque toutes les Sociétés de secours mutuels, le médecin doit s'assurer que le sociétaire est en règle avec le paiement de ses cotisations, car en hypothèse contraire, le malade n'a aucun droit aux soins du médecin et aux médicaments. Notre confrère l'a donc fait au début, et connaissant son malade, il lui a fait confiance et ne s'est pas livré à des investigations régulières pour savoir si le malade, en danger de mort, avait bien fait ses versements statutaires. Or, le malade se voyant refuser tout secours et toute allocation de sa Société, par le fait même, le médecin se trouve privé du paiement de ses honoraires et il a les plus grandes chances de ne pas être payé : le malade est ruiné par sa maladie, et la Société se défile. Elle préfère accumuler des fonds, augmenter le nombre de ses millions pour décorer de nouveaux administrateurs. Et pourtant, en l'espèce, notre confrère avait fait confiance à la Société et s'était fié aux belles paroles de M. Mabilleau, disant que le « médecin pouvait faire un rabais sur ses honoraires puisque la Société lui en garantissait le paiement ». Qu'aurait dû faire notre confrère ? Examiner périodiquement les quittances de son malade. Il aurait dû par conséquent cesser son rôle de médecin et devenir un gendarme ou un policier administratif, ce qui n'était guère de sa dignité professionnelle. S'il s'était livré à cet acte de surveillance, qu'aurait-il dû faire, si le malade n'avait pas payé ses cotisations ? Devait-il avertir la Société et se transformer en mouchard ? Devait-il au contraire rester dans la limite des statuts et refuser ses soins au malade en cours de traitement, se livrer à cet acte qui aurait pu lui être imputé à faute devant les Tribunaux, et qui était un crime vis-à-vis de sa conscience ? Tel pourtant aurait été son devoir de médecin mutualiste,

mais il ne l'aurait pas fait, il n'aurait pas abandonné son malade abandonné par la Société, et, sans s'occuper des mesquineries administratives, il aurait continué à donner ses soins dévoués à son malade sans s'inquiéter s'il était sociétaire ou s'il n'était garanti par aucun tiers.

La morale de ceci est la suivante : Ne vous fiez pas aux belles paroles des Sociétés mutuelles. Ne prenez pas pour parole d'évangile les écrits des dirigeants mutualistes ; ne connaissez que votre malade sans vous occuper des intermédiaires, remplissez votre devoir professionnel et ne vous liez pas par un contrat avec des Sociétés qui souvent ne tiennent pas leurs promesses.

Docteur M. VIMONT.

CHRONIQUE SYNDICALE

I

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Extrait du procès-verbal de l'Assemblée générale du 27 octobre 1913, sous la présidence de M. le docteur Corbin.

M. le Dr Gaillard proteste contre le petit nombre des présents et surtout contre l'attitude incorrecte des absents non excusés.

M. le Dr Charier répond que cet état de choses était prévu par lui depuis que l'application sur l'amende des non-excusés fut tombée en défaveur. Il rappelle qu'un vote de l'Assemblée générale a supprimé cette amende. Le résultat actuel n'en est certainement pas bon. Il émet le vœu que l'on applique intégralement les statuts et qu'au besoin cette amende soit élevée. — Le Dr Charier demande qu'il soit mis au prochain ordre du jour le vœu suivant : Porter à 20 fr. la cotisation annuelle actuellement à 10 fr., et, pour qu'il n'y ait pas de protestation sur l'augmentation de notre cotisation, donner deux jetons de présence de 5 fr. qui, pour ceux qui seront présents et ceux excusés, ramèneraient la cotisation au prix normal.

Sur les questions posées par l'*Union*, le Syndicat prend les décisions suivantes :

Tarif Dubief. — Unification du prix de la visite ; révision du tarif kilométrique en se basant sur la distance du domicile du médecin à celui du malade.

Loi sur la tuberculose. — Toutes les maladies contagieuses devront être déclarées par les familles et non par les médecins traitants.

Expertise contradictoire. — Secret professionnel et ordre du jour. — Organisation d'un Congrès. — Toutes ces propositions sont acceptées.

Le Corps médical et la Mutualité. — Tarif habituel quitte cependant à consentir une légère réduction si les Sociétés consentent à payer directement le médecin.

Etudiants étrangers.— Ils doivent être astreints aux mêmes diplômes que les étudiants français. On ne doit pas admettre d'équivalence. La naturalisation devrait être exigée pour l'exercice de la médecine en France.

Affichage de la loi de 1898 dans les ateliers. — Pourquoi ne pas l'afficher aussi dans les gares pour faire comprendre aux ouvriers des Compagnies de chemins de fer leur droit au libre choix ? Avis de notre droit sera demandé à notre Avocat-Conseil.

II

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Extrait du procès-verbal de l'Assemblée général du 30 octobre 1913.

La séance est ouverte à 4 heures de l'après-midi dans un des salons de l'hôtel Terminus, sous la présidence du Dr Bertillon.

Vote définitif sur le rétablissement des amendes.

Dr Bertillon. — Vous avez déjà discuté cette question à la réunion de printemps et voté à l'unanimité moins une voix le principe du rétablissement des amendes ; pour la quotité de l'amende, dix voix se sont prononcées pour le chiffre de 10 francs par absence, onze voix pour le chiffre de 5 francs par absence, en maintenant à 16 francs la cotisation annuelle. Il était entendu que ce vote n'était pas définitif en raison du petit nombre d'entre vous présents à la séance et que le vote définitif aurait lieu aujourd'hui. Depuis, votre secrétaire m'a fait remarquer que la question était tranchée par les statuts dont les articles 11, 12 et 13, déclarent obligatoires deux réunions générales chaque année, fixent à 16 francs le taux de la cotisation annuelle et à 5 francs l'amende pour chaque absence. Je crois que la solution la plus simple est de revenir à l'application des statuts.

Vote. — A l'unanimité, le Syndicat décide que pour la fixation du taux de la cotisation, le principe des amendes et la quotité de celui-ci, il y a lieu de revenir simplement à l'application des articles 11, 12 et 13 des statuts.

Assistance médicale gratuite en Seine-et-Oise.

Dr Humbel. — Vous vous souvenez que notre demande de substituer au tarif à l'abonnement un tarif à la visite avec indemnité kilométrique avait été rejeté l'an dernier par le Conseil général qui avait maintenu le principe de l'abonnement, mais en doublant le taux. Ce vote avait été décidé malgré le dévouement et l'énergie du Dr Viau, rapporteur, grâce à l'intervention d'un confrère déclarant que la majorité des médecins de Seine-et-Oise préférait l'abonnement avec doublement du taux annuel. En conséquence la Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise avait fait un référendum dont je vous ai fait connaître le résultat à notre dernière réunion ; en nous appuyant sur le résultat qui était très nettement favorable au principe du tarif à la visite (à une énorme majorité), nous avons à nouveau porté la question au Conseil général à sa session d'octobre. J'ai trouvé, il y a quelques jours, dans un journal local, la note suivante :

« A la dernière séance du Conseil général, M. « Viau, rapporteur, présenta, au nom de la 5e « commission, le projet de délibération suivant :

« A partir du 1er janvier 1914 et pour une pé« riode de 2 années, le service de l'assistance mé« dicale gratuite à domicile dans le département « est organisé de la façon suivante :

« 1° Libre choix du médecin par le malade ;

« 2° Paiement à la visite avec indemnité ki« lométrique, savoir (visite ou consultation) : « 1 franc ; — indemnité kilométrique (à l'aller « seulement) de jour ou de nuit : 0 fr. 60 ; — vi« site de nuit : 3 francs.

« Si plusieurs membres de la même famille sont « malades ou si plusieurs malades de la même « commune sont visités dans le même déplace« ment, il est compté autant de visites que de « malades, mais l'indemnité kilométrique ne sera « payée qu'une seule fois.

« L'indemnité kilométrique, calculée de mairie « à mairie, ne pourra, en aucun cas, être plus « élevée que celle qui pourrait être due au méde« cin le plus proche de la résidence du malade : si « un médecin réside dans cette localité, aucune « indemnité ne sera payée.

« C'était à la suite d'une réclamation de la Fé« dération des Syndicats médicaux de Seine-et« Oise que ce projet de délibération avait été rédigé.

« Cependant, après une discussion à laquelle « prirent part MM. Larnaude, Guesnier, Chail« lou, Muret, Cornudet, Desoyer, Janin, Folain, « Simon, le président et M. le Préfet, le Conseil, « sur une proposition de MM. Muret, Desoyer, « Janin, Folain, Chaillou, Godin, Moreau et Lar« naude, décida, par 11 voix contre 6 voix, de « maintenir le système de paiement à l'abonne« ment, des médecins attachés au service de l'as« sistance médicale gratuite à domicile. »

On m'a dit, depuis, que le vote avait eu lieu presque sans discussion, très rapidement, à la fin de la dernière séance, les quelques conseillers généraux présents étant pressés de s'en aller et se souciant peu de perdre leur temps à discuter cette affaire.

Nous sommes donc battus sur cette question et il faut que vous décidiez ce que vous voulez faire ; ou rester sur notre défaite, ou au contraire, comme vous l'avez décidé il y a un an, cesser d'assurer administrativement le service à partir du 1er janvier 1914. Je vous rappelle que cela signifie : écrire individuellement au Préfet pour donner votre démission de médecin de l'Assistance médicale gratuite, refuser de signer les listes que vous feront présenter les maires des communes ; mais en conséquence renoncer à l'indemnité que vous alloue pour ce service le département. Cela ne vous empêchera pas de soigner gratuitement les indigents si vous le jugez bon.

Dr Darin. — Le système de l'abonnement avec le taux actuel de 5 francs par indigent inscrit est dans certains cas plus rémunérateur que le tarif à la visite ; c'est ce qui m'arrive à Chaville où il y a de nombreux indigents inscrits. Je crains de plus qu'au cas où je refuserais d'assurer le service, celui-ci ne soit assuré par mon confrère non syndiqué, ce qui me causerait un préjudice sérieux.

Dr Humbel. — Je tiens à vous faire remarquer que votre confrère, bien que non syndiqué, a répondu au référendum en se déclarant partisan du tarif à la visite, alors que bien des confrères syndiqués n'ont même pas daigné répondre.

Dr Darin. — J'ignorais ce fait, qui d'ailleurs n'engage en rien mon confrère ; de plus, ce que je dis pour Chaville peut s'appliquer à d'autres localités dans des conditions moins favorables encore.

Dr Mignon. — Les médecins ont souvent considéré le tarif à l'abonnement comme plus rémunérateur. En 1884 c'est notre Syndicat qui, consulté par le Préfet pour l'organisation du service d'assistance médicale gratuite, a préconisé le tarif à l'abonnement à 3 francs par indigent et par an. En 1892, le Syndicat, consulté à nouveau, se déclarait encore partisan de l'abonnement. Je suis personnellement convaincu que le tarif à l'abonnement restera dans la plupart des cas plus avantageux pour les médecins que le tarif à la visite. Je suis, malgré cela, en principe, partisan du tarif à la visite, plus conforme à la dignité médicale.

Dr Crétel. — Je crois, comme mes deux confrères, que le tarif à l'abonnement au taux actuel est plus avantageux pour nous que le tarif à la visite tel qu'il a été proposé au Conseil général, au prix de 1 franc par visite et 0 fr. 60 par kilomètre à l'aller.

Dr Pluyaud. — J'ai fait le calcul que chaque

Correspondance hebdomadaire
(Suite)

Nº 1483. Dʳ C., à « Sou médical. » — Je viens solliciter l'avis du « Sou médical » ou du *Concours médical* pour une affaire extramédicale qui me concerne et qui n'est pas de grande importance, je voudrais cependant savoir si je puis refuser à l'administration ce qu'elle demande, car elle prend l'habitude d'exiger des paperasses sans nombre, et il est peut être bon de prendre également l'habitude de s'opposer à ses exigences quand on le peut. Voici le cas :

Mon domestique demande à passer l'examen de chauffeur, il a fourni toutes les pièces, y compris le reçu du percepteur. Mon domestique étant salarié a versé seulement 2 fr. 50. Le percepteur exige un certificat constatant que le candidat en question ne gagne pas 200 francs par mois. Suis-je obligé de par la loi ou les règlements administratifs à fournir ce certificat et doit-il être établi sur papier libre ou timbré.

J'ai eu chez moi 3 domestiques qui ont passé l'examen de chauffeur et c'est la première fois qu'on exige un tel certificat.

Réponse. — Aux termes de l'article 13 de la loi du 31 décembre 1907, les examens de conducteurs de véhicules automobiles donnent lieu à la perception d'un droit de 20 fr. par examen.

Le droit est réduit à 2 fr. 50 pour les candidats qui joindront à leur demande un certificat établissant que, dans les six mois précédents, abstraction faite du temps passé sous les drapeaux, ils ont été occupés comme apprentis, ouvriers, employés ou domestiques et ont reçu en cette qualité un salaire maximum de 200 francs par mois.

Donc, en droit, c'est votre chauffeur qui doit, s'il veut bénéficier de la réduction du droit, produire le certificat, et si vous vous refusez à le lui délivrer, il sera contraint de payer 20 fr. pour son examen. La demande de justification que lui fait le percepteur est parfaitement légale.

Nous ne voyons pas bien comment vous refuseriez de lui délivrer ce certificat, que ce soit, en définitive, vous même ou lui, qui supportiez les frais d'examen.

Ce certificat, n'étant pas expressément dispensé du timbre, devrait être

Suite page XXX.

client, malade ou non, me rapporte en moyenne 8 francs par an ; je pense donc que le tarif de 5 francs par an est suffisamment rémunérateur pour le service de l'assistance médicale aux indigents, et plus avantageux que le tarif à la viste.

Dr Humbel. — Aux arguments qui viennent d'être développés, j'ai deux réponses à faire.

En premier lieu, les difficultés de ce que nous avons appelé la grève administrative, difficultés tenant à la présence des non-syndiqués sont réelles, mais ne peuvent empêcher le succès de cette protestation ; en effet, pour que celle-ci donne un résultat suffisant, il n'est pas indispensable que dans la totalité du département le service administratif de l'assistance médicale gratuite soit suspendu, il suffit qu'il le soit dans un certain nombre de localités ; cela sera suffisant pour obliger le préfet à déclarer dans ses rapports statistiques que le service n'a pas pu être assuré dans une partie du département, et ce sera assez pour faire pression sur le Conseil général et l'amener à examiner avec plus d'attention nos justes et modestes demandes. C'est du moins ce qui s'est passé dans les départements où ce moyen de pression a été employé.

En second lieu, il est certain qu'il y a peu de différence entre les résultats que peut nous donner pécuniairement le tarif à l'abonnement au taux actuel et le tarif à la visite avec les chiffres du rapport du Dr Vian. Mais il faut bien savoir que ce que nous avons tenu à obtenir surtout, et ce pourquoi nous avons accepté les chiffres très bas du rapport Vian, c'est le *principe* du tarif à la visite ; il est important d'obtenir l'adoption de ce principe du tarif à la visite et la disparition du principe de l'abonnement, surtout aujourd'hui où nous sommes de plus en plus menacés de la fonctionnarisation ; quant aux chiffres, il sera toujours possible d'en demander le relèvement plus tard si vous les trouvez trop bas.

Dr de Grissac. — Le principe de l'abonnement et de tous les forfaits est immoral et injuste. Avec ce système, c'est souvent celui qui travaille le plus qui reçoit le moins, et celui qui travaille le moins qui reçoit le plus et c'est pourquoi il a de si ardents défenseurs. Il faut que ce mode injuste de rémunération disparaisse ; c'est une voie dans laquelle sont engagés depuis longtemps les Syndicats médicaux et il faut qu'ils fassent tous leurs efforts pour arriver à ce but. Le seul principe juste et équitable, le seul conforme à la dignité médicale, c'est celui du tarif à la visite. Comme vient de vous le dire votre secrétaire, il faut avant tout faire adopter le principe du tarif à la visite sans chercher à savoir s'il rapportera plus ou moins que l'abonnement. On pourra toujours, par la suite, demander une augmentation du prix de visite.

Dr Bertillon. — Il ne faut pas voir seulement le présent mais l'avenir, et lutter avant tout contre la menace de la fonctionnarisation médicale. C'est pourquoi le tarif à la visite doit avoir toutes vos préférences. Je crois que ce que nous avons appelé la grève administrative est le seul moyen efficace de protestation, mais il ne faut pas se dissimuler que cela présente de très grosses difficultés ; il faut du temps pour préparer cette action, et je crains qu'il ne soit trop tard pour le faire cette année.

Dr Lécuyer. — Je propose d'ajourner la grève administrative à l'année prochaine, ce qui nous donnerait le temps de la préparer.

Vote. — Douze voix se prononcent en faveur de la grève administrative à partir du 1er janvier 1914.

Quatorze voix se prononcent pour l'ajournement de la grève administrative à une époque ultérieure, afin de donner au Syndicat le temps de l'organiser.

Cette dernière proposition est donc adoptée.

A l'unanimité le Syndicat décide de se conformer néanmoins à la décision que prendra la Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise, quelle que soit cette décision.

Tarif général d'honoraires pour tout l'arrondissement.

Dr Bertillon. — A la suite d'un récent différend, le Dr Lévêque demande au Syndicat d'adopter un tarif d'honoraires destiné à servir de base aux experts appelés à trancher des contestations en cette matière. Je vous propose de nommer une commission chargée d'élaborer ce tarif.

Vote. — A l'unanimité, le Syndicat désigne pour faire partie de cette Commission les Drs Jeanne, Lécuyer, Lévêque.

Commission Chéron.

Vote. — Le Syndicat émet le vœu que les Syndicats médicaux acceptent de participer aux travaux de la commission nommée par le Ministre du travail, à la condition que leurs représentants soient désignés par l'Union des Syndicats médicaux de France ;

Que les délégués protestent lors de la réunion de cette commission contre la place ridiculement petite laissée au corps médical au sein d'une commission où sont discutés ses intérêts.

Le Corps médical et la Mutualité.

Vote. — Le Syndicat émet le vœu que le corps médical ne doit pas avoir de rapports avec les Sociétés de secours mutuels pour le paiement des honoraires médicaux, les mutualistes devant être considérés comme des clients ordinaires et honorer directement leurs médecins suivant leurs ressources.

Le Syndicat est d'avis que les Syndicats mé-

dicaux doivent prendre part aux travaux de la Commission médico-mutualiste pour y faire connaître cette opinion.

Les Etudiants étrangers.

Vote. — Le Syndicat émet le vœu que pour tout étudiant français ou étranger, le baccalauréat français soit exigé pour prendre la première inscription de médecin, et que toutes les équivalences soient supprimées.

III

Syndicat médical de l'arrondissement de Coutances.

Extrait du procès-verbal de la réunion du 27 mars 1914.

Depuis la dernière réunion, nous avons appris avec douleur la mort du Dr Jeanne. A une époque où certainement les médecins étaient moins unis qu'aujourd'hui, c'est lui qui encouragea quelques confrères de bonne volonté dans l'idée d'organiser un Syndicat médical dans l'arrondissement. La tentative resta en suspens pendant un an ou deux ; finalement, à la suite d'une petite réunion de deux ou trois confrères qui eut lieu dans sa propre maison à Agon, la résolution de fonder un Syndicat médical fut prise d'une manière ferme. Le 16 octobre 1906, des statuts furent officiellement votés à l'Hôtel de Ville de Coutances, après convocation de tous les confrères de l'arrondissement. Le Dr Jeanne était présent et entraîna l'adhésion des hésitants ; à cette réunion étaient venus également le Dr Viel et le Dr Le Prieur, de l'arrondissement de Valognes. Quelques mois plus tard, en 1907, ces deux confrères fondaient le Syndicat de Valognes, dont la création fut bientôt suivie de celle du Syndicat de Cherbourg, et plus tard de ceux d'Avranches et de Mortain. Finalement tous les Syndicats d'arrondissement se groupèrent en Fédération départementale (le Syndicat de Saint-Lô, un des premiers créés en France, il datait de 1884, s'était joint aux nauveaux Syndicats créés). Depuis deux ans, le Dr Jeanne était même devenu membre effectif du Syndicat médical de Coutances, sur la prière du Dr Leconte, son ancien camarade et son ami. Tous les confrères ont le devoir de se rappeler que le Dr Jeanne, comme président autrefois du Syndicat de Versailles, et comme directeur du *Concours médical* et collaborateur de Cézilly dans toute ses entreprises développement des Syndicats médicaux, création des caisses de Mutualité médicale (indemnité maladie, retraite de droit pour les médecins, leurs orphelins et leurs veuves, « Sou médical », etc.) a rendu les plus grands services à l'ensemble des médecins.

Par suite d'un regrettable oubli, aucun médecin de la Manche n'avait été prévenu de son inhumation à Agon ; aussi, en plus de quelques confrères de Versailles et de Paris, ne se trouvaient présents que trois médecins de la région : le Dr Viaud, prévenu comme maire d'Agon, le Dr Pigault, allié de la famille, et le Dr Lemaître qui avait appris par hasard la mort et la date probable de l'inhumation.

Certainement, ce ne fut pas sans un profond sentiment de chagrin que les confrères présents se virent si peu nombreux. Les paroles touchantes d'adieu du Dr Bertillon, de Versailles, ne firent que raviver nos regrets.

Au moins n'était-ce pas l'indifférence qui tenait éloignés les confrères des environs. Si tous les médecins de la Manche avaient été prévenus, certainement plus de vingt confrères de nos pays seraient venus suivre le convoi de cet homme qui avait tant combattu pour la bonne cause médicale.

M. le Dr Mesnage, président de l'Association, soumet aux confrères une lettre de la Préfecture reçue par le Dr Leconte, à titre de membre de la Commission de vérification des mémoires d'assistance médicale. Après avoir pris connaissance de cette lettre, tous les confrères présents sont unanimes pour prendre la décision suivante qui sera communiquée à M. le Préfet de la Manche, ainsi qu'aux deux membres de la Commission de vérification, M. le Dr Pierre Dudouyt et M. le Dr Leconte.

« Les membres de l'Association médicale de l'arrondissement et du Syndicat de Coutances, réunis en Assemblée ordinaire le 27 mars 1914, après avoir pris connaissance de la lettre adressée par M. le secrétaire général de la Préfecture de la Manche au Dr Leconte, délégué des médecins de la Commission de vérification des mémoires d'assistance médicale, regrettent que le vœu de la Commission départementale de vérification qui avait demandé que tous les mémoires médico-pharmaceutiques soient mis à la disposition de cette Commission, n'ait pas été exaucé. Si, comme par le passé, les sous-commissions de médecins avaient pu faire un travail de vérification préparatoire, les erreurs souvent inévitables, commises par beaucoup de médecins, auraient pu, comme autrefois, disparaître de leurs mémoires, sur simple avis de leurs confrères, membres du Comité de vérification. De plus, avec les anciens usages, le Corps médical serait à même de connaître exactement à quelles sommes s'élèvent, pour chaque commune, pour chaque arrondissement et pour tout le département les frais médicaux et les frais pharmaceutiques, et pourrait ainsi, en toute connaissance de cause, proposer à l'admi-

nistration telles ou telles modifications de nature à améliorer le fonctionnement des divers services de l'assistance médicale. Les membres de l'Association médicale de l'arrondissement de Coutances regrettent donc que les anciens procédés de vérification aient été abandonnés sans consultation préalable du Corps médical, et que l'ancien contrat qui liait les médecins à l'administration ait été détruit sans avertissement. En conséquence, l'Association médicale et le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Coutances donnent mandat au Dr Pierre Dudouyt et au Dr Leconte leurs délégués, de faire valoir les justes revendications de leurs confrères lorsqu'ils seront appelés au Comité de vérification.

« Les médecins de l'arrondissement de Coutances rappellent de plus à l'administration qu'il leur est souvent impossible de respecter la lettre même du règlement. Ils se trouvent souvent en présence du malade avant qu'un billet de visite ou de consultation ait été délivré, et sont ainsi, par humanité, dans l'obligation de formuler un traitement et de rédiger une ordonnance sur papier ordinaire, sans avoir de bon ou de billet de visite, et sans avoir de feuille d'ordonnance imprimée. Par la suite, l'administration n'aurait-elle pas mauvaise grâce de leur reprocher que leurs billets leur aient été délivrés avec quelque retard, ou que leurs ordonnances soient écrites sur papier ordinaire ? »

Lecture est ensuite donnée du Projet du Tarif départemental préparé au nom de la Fédération par le Dr Dubost, de Sartilly. Tout le détail des chiffres proposés est adopté ; le Syndicat de Coutances propose toutefois que toute visite de jour demandée d'urgence soit tarifée double ; de même la consultation avec un confrère doit être comptée au moins le double de la visite ordinaire. Les certificats pour les accidents agricoles doivent être tarifés 5 fr. chaque (d'origine et de guérison) ; les certificats pour plainte en justice doivent être payés comptant.

Les points les plus importants de ce Tarif pourront être plus tard imprimés sous forme de tableau pour le cabinet de consultation.

IV

Les médecins étrangers en France.

« Le Syndicat médical de la région de Bourg (Ain), considérant que, par suite du service militaire de trois ans imposé anx étudiants en médecine français, la durée de leurs études se trouve augmentée des trois années passées sous les drapeaux, qu'il résulte de ce fait un avantage incontestable pour les étudiants étrangers, non naturalisés, qui peuvent sans aucune interruption dans leurs études obtenir le diplôme de docteur en médecine trois années plus tôt que les étudiants français entrés en même temps à la faculté ;

Emet le vœu :

Que les étrangers non naturalisés ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine dans une université française n'aient le droit d'exercer la médecine en France que trois années après la délivrance de leur diplôme et en tous cas pas avant l'âge de 28 ans.

La durée du service militaire réellement effectué dans leur pays pourrait être déduite sur ces trois années.

Que la même mesure soit appliquée aux réformés, aux ajournés et aux femmes. »

Fonctionnarisme médical ou fonctionnarisation de la médecine (1)

Devenir fonctionnaire est le rêve de beaucoup de jeunes Français : à une époque où de plus en plus la réussite demande un effort personnel considérable, un travail continuel, une énergie et une volonté sans faiblesses, il paraît rassurant de rentrer dans quelque administration où l'on aura un travail facile et bien déterminé, un avenir assuré, un budget mathématique, une retraite pour les vieux jours. Pour ceux que n'épouvantent pas la hiérarchie, la discipline, les démarches, pour ceux que peuvent attirer les honneurs officiels, les distinctions multicolores, le fonctionnariat a un attrait bien explicable. M. le sénateur Monis disait un jour à la tribune du Sénat en parlant du fonctionnarisme : « C'est la pire de toutes les carrières.... Entrer dans les fonctions publiques, c'est faire sur soi-même une opération déplorable ; c'est renoncer à sa propre valeur, à son initiative ; c'est se consacrer à quelque chose de plus déplorable encore : c'est se consacrer à gêner l'initiative des autres ».

Or, s'il est une profession où l'initiative individuelle est nécessaire, où chacun doit apporter sa tournure d'esprit personnelle, c'est bien l'exercice de la médecine. Plus que toute autre profession libérale, la médecine doit remplir son rôle social en conservant la pleine liberté qui convient à un ministère.

Rien ne peut régler les rapports qui existent entre le malade et son médecin, le premier s'abandonnant avec entière confiance, sûr que son secret sera bien sauvegardé par celui en qui il a mis tout espoir, le second apportant sa conscience, sa probité professionnelles. Partout où ces conditions manquent, le médecin échappe à sa haute mission, le malade ne se croit pas protégé, il reste défiant et ne se livre

(1) *Bulletin de la Fédération des Syndicats médicaux de l'Hérault.*

pas, le médecin se rend compte qu'il n'a pas là confiance du malade et sa thérapeutique se ressent de cet état d'esprit. N'est-ce pas ce qui arrive dans tous les cas où le médecin est imposé ? Ne voyons-nous pas les agents de compagnies ou de grandes administrations se plaindre, à tout propos, de leur médecin et au moment où la mise à la retraite leur rend la liberté, s'adresser à un autre praticien ? Ne sommes-nous pas frappés par les multiples campagnes de presse contre nos confrères de l'armée ; leurs actes médicaux sont discutés au grand jour, leurs décisions attaquées, leurs meilleures intentions dénaturées, si bien que les démissions deviennent tous les jours plus nombreuses ?

Donc, il importe pour le bien social, dans l'intérêt public, que l'exercice de la médecine reste libre et débarrassé de toute entrave officielle.

Cependant, le concours des médecins est indispensable à la marche des lois d'hygiène, d'assistance et de prévoyance ; obligée d'avoir recours à eux, l'administration éprouve des difficultés ; les décrets ministériels, les circulaires préfectorales restent lettre morte : le médecin ne répond pas, c'est un être indépendant, difficile à domestiquer. L'application de ces lois sociales devient ainsi presque impossible. Et c'est pourquoi l'administration, pour s'assurer le concours du médecin, cherche les moyens de le lier définitivement, d'en faire un fonctionnaire docile. Le décret Chéron de juillet 1913 traduit cette tendance officielle : il a eu pour premier résultat de provoquer les protestations unanimes du corps médical et il a suscité la réunion du 4e Congrès des Praticiens, Congrès de protestation et de résistance aux tentatives de fonctionnarisation.

Mais s'ils ne veulent pas être fonctionnarisés, s'ils défendent leur liberté et leur indépendance professionnelle, les médecins français ne prétendent pas entraver l'organisation de l'hygiène publique. Au contraire, ils demandent que cette organisation ne soit pas faite sans eux ; et c'est à l'étude de cette collaboration qu'ils consacrent le deuxième point du programme du Congrès des praticiens.

Comment le corps médical participera-t-il à l'hygiène publique ?

On a dit que l'hygiène en France est une belle façade derrière laquelle il n'y a rien : c'est parce que son organisation ne repose sur rien de sérieux.

Pour que la santé publique soit surveillée et protégée, il faut des agents compétents et ces agents ne peuvent être que des médecins. Nous sommes donc amenés à envisager une médecine officielle. Quelle doit être cette médecine ? Il n'y a pas encore longtemps, le seul mot de fonctionnaire accolé à celui de médecin soulevait dans nos réunions confraternelles des protestations unanimes. Nous sommes moins effrayés aujourd'hui ; nous sommes habitués non seulement au mot, mais aussi à la chose ; nous avons vu l'apparition dans nos cadres de fonctionnaires communaux, dans les grandes villes, de vrais médecins fonctionnaires, les directeurs de bureaux d'hygiène. La presse médicale professionnelle a envisagé la possibilité d'une médecine officielle, administrative. A la dernière assemblée du Concours, nous avons entendu le Dr Boudin nous parler de cette fonction de contrôle et de collaboration technique des médecins spécialisés.

Il semble que la formule se dégage maintenant : le médecin exercera sa profession en toute liberté, il ne sera pas fonctionnarisé. Mais l'Etat pourra avoir à sa disposition des médecins formant un service de contrôle et de renseignements techniques, chargé de l'exécution et de l'application des lois sociales actuelles et de celles qui seront élaborées dans l'avenir.

En un mot, nous restons opposés à la fonctionnarisation de la médecine, mais nous admettons un fonctionnarisme médical.

Que doit être ce fonctionnarisme médical ? Dans quelles conditions pourrait-il être créé ? Quelles devraient être ses attributions ? Quelles relations entretiendrait-il avec le corps médical ? C'est ce que je voudrais examiner en passant une revue rapide des principaux services publics où la participation du médecin est indispensable.

1° Services d'hygiène. — On peut comprendre dans ces services : la loi de 1902 sur l'hygiène et la protection de la santé publique, avec la vaccination ; l'inspection médicale des nourrissons ; l'inspection médicale des écoles.

La loi du 15 février 1902 prescrit les mesures destinées à protéger la santé publique. Lors de la discussion de cette loi, la Chambre des députés avait adopté la création d'un service départemental d'inspection et de contrôle. Le Sénat rejeta cette disposition pour ne pas créer de nouveaux fonctionnaires. Depuis l'application de cette loi, les préfets ont « regretté de n'avoir pas à leur côté un conseiller technique, fonctionnaire compétent et spécialisé, qui fût pour l'hygiène publique ce qu'était l'inspecteur départemental des enfants assistés pour les services de l'enfance, ce qu'était l'agent voyer départemental pour le service vicinal et ce qu'était enfin le vétérinaire départemental pour l'hygiène des animaux ». (Rapport du Dr Ott, inspecteur départemental de l'hygiène publique de la Seine-Inférieure). Au conseil général du Nord, le préfet, M. Vincent, disait, après avoir rappelé que le service d'inspection pour les animaux fonctionnait depuis longtemps dans le département : « J'estime que les hommes méritent une considération analogue et qu'on ne peut faire moins pour les électeurs qu'on ne fait pour leurs bêtes ».

A l'heure actuelle, plus de vingt départements ont organisé le service d'inspection départementale de l'hygiène. Dans le plus grand nombre (Somme, Seine-Inférieure, Loire, Var, Nord, Hérault), l'inspecteur nommé au concours est spécialisé et consacré exclusivement à ses fonctions. Dans certains autres, l'inspecteur n'est pas spécialisé (Rhône, Bouche-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Puy-de-Dôme, Meurthe-et-Moselle, Eure-et-Loir), dans d'autres, enfin, les

inspecteurs de l'assistance publique ont été chargés accessoirement de l'hygiène et ont pris le titre d'inspecteurs départementaux de l'Assistance et de l'hygiène publiques.

Le rôle des médecins inspecteurs départementaux est défini dans un rapport du Dr Profichet, conseiller général du Havre, au conseil général de la Seine-Inférieure : « La nécessité de surveiller les divers services créés en exécution de la loi du 15 février 1902 me semble de toute évidence. Il est certain que l'application des mesures nouvelles, quelquefois d'apparence vexatoire pour nos populations, ennuyeuses à supporter par les intéressés, par ceux mêmes qui en profitent, ennuyeuses à imposer par les maires, agents d'exécution de la loi, demandera une surveillance constante, de tous les instants, et devra être au premier plan des préoccupations de notre futur inspecteur départemental d'hygiène.

« Il devra éviter les abus si faciles à commettre, éviter les heurts où froissements de toute nature pouvant survenir entre les divers agents chargés de l'exécution de la loi et le public.

« L'inspecteur départemental d'hygiène aura un rôle très délicat de fonctionnaire-tampon à exercer, d'une part, entre l'administration départementale et les maires, et, d'autre part, entre les maires et les populations.

« Il arrivera à aplanir toutes les difficultés par une surveillance incessante de tout le personnel sanitaire, quel qu'il soit (médecins vaccinateurs, personnel du service de désinfection, etc.), et à éviter tous les écarts de zèle qui pourraient avoir tendance à se produire, soit en plus, soit en moins.

« Pour le service des *vaccinations et revaccinations*, la loi de 1902 laisse au maire la charge de dresser les listes des assujettis et d'exercer, le cas échéant, les poursuites contre les insoumis.

« Nous savons tous contre quelles difficultés, quelquefois inextricables, vient souvent se briser la bonne volonté des maires. Ils seront, dans ces cas, heureux d'avoir à côté d'eux, pour les seconder, l'inspecteur départemental.

« Parlerai-je de la nécessité d'une surveillance constante des *Services de la désinfection* ? Elle est évidente.

« Nulle part plus qu'en cette matière la surveillance donnera d'heureux résultats, car si la désinfection méthodique, rationnelle, bien appropriée à son but et bien exécutée, est bienfaisante et peut avoir des conséquences sociales d'une extrême importance, cette même désinfection, mal faite, exécutée machinalement, automatiquement en quelque sorte, sans soins et sans surveillance, est non seulement inutile, mais dangereuse au suprême degré par la sécurité illusoire qu'elle comporte. Cette surveillance ne devra pas seulement être administrative Elle devra comporter le rôle bactériologique des opérations, de façon à éviter que celles-ci ne risquent pas de se réduire à une série de gestes presque rituels, exécutés machinalement.

« Pour les *Commissions sanitaires*, il servira entre elles de trait d'union pour porter à leur connaissance les solutions survenues dans des cas identiques ou analogues à ceux qui leur seront soumis et à contribuer à dissiper les obscurités de la loi de 15 février 1902.

« Son rôle consistera encore à centraliser les documents provenant des diverses commissions sanitaires du département, à en former des dossiers et à constituer ainsi des archives sanitaires, où chacun pourra puiser pour compléter sa documentation en présence d'un cas épineux.

« Mais là où le rôle de surveillance de l'inspecteur départemental reprendra toute sa force, ce sera lorsqu'il s'agira de *surveiller l'exécution des arrêtés municipaux*, relatifs à l'hygiène et à la santé publique, pris par les maires conformément aux conclusions et aux instructions des Commissions sanitaires....

« Il en sera de même pour la *surveillance des établissements incommodes, dangereux ou insalubres.*

« Ceci n'amène à envisager un autre rôle qui incombera à l'inspecteur départemental d'hygiène, je veux dire la *constitution du dossier sanitaire de chaque commune.*

« *L'établissement du dossier sanitaire des immeubles* dans les villes où il existe (Paris, Nancy, Le Havre, etc.), a rendu des services considérables. Ce dossier comprendra entre autres : le mouvement des maladies épidémiques, la surveillance des eaux d'alimentation, l'éloignement des eaux usées, les diverses mesures d'assainissement prescrites, soit après plainte des maires, soit après celles des particuliers ; la surveillance des conditions imposées aux établissements insalubres, ou dangereux, ou incommodes, etc., etc.

« Tous ces renseignements, centralisés entre les mains d'un homme compétent, prudent, mais énergique, permettront de se tenir constamment au courant de la santé publique, de lui tâter en quelque sorte le pouls, et bien souvent de prévoir l'éclosion et d'enrayer l'aggravation de toute manifestation épidémique susceptible d'entraver la prospérité publique.

« D'autre part, c'est précisément l'existence, entre les mains d'un homme compétent, de tous les renseignements concernant l'état sanitaire et hygiénique du département, qui lui permettra de remplir, auprès de M. le Préfet, le rôle de promoteur.

« Et ce ne sera pas là le côté le moins utile de sa fonction.

« L'utilité de l'existence, auprès des Préfets, d'un *Conseiller technique* spécialisé pour les questions sanitaires, n'a pas besoin d'être bien longuement motivée, elle est indéniable ».

Voilà très bien définies les attributions des médecins inspecteurs départementaux. D'autres médecins fonctionnaires sont prévus par la loi de 1902 et par le décret du 10 juillet 1906 qui dit qu'il sera institué un bureau d'hygiène dans les villes de plus de 20.000 habitants et dans les stations thermales de plus de 2000 habitants.

L'*inspection des enfants en nourrice* (loi Roussel) peut être étudiée dans les services d'hygiène : elle relève de l'Assistance publique. Certains départements ont réuni les services de l'hygiène et de l'Assistance publique. Les fonctions d'inspecteur et sous-inspecteur de l'assistance publique sont données au Concours ; jusqu'à ces dernières années, rares étaient les médecins qui briguaient l'entrée de cette carrière.

Le décret du 28 juillet 1906 et l'arrêté du 17 août 1909 ont réorganisé ce service et ont réglementé les attributions des inspecteurs et sous-inspecteurs. M. Clémenceau a ouvert aux médecins les portes de cette administration : c'est qu'il a compris qu'en matière de surveillance des nourrissons, de prophylaxie des maladies de l'enfance, nul n'était mieux désigné que le médecin.

Inspection médicale aes écoles. — Un projet de loi en discussion va imposer et réglementer l'inspection des écoles. Paris, le département de la Seine, et quelques grandes villes, possédaient déjà ce service ; les communes l'organisent petit à petit. Le corps médical applaudit à l'esprit de cette loi et les Syndicats n'ont pas refusé leur collaboration à l'administration ; tout récemment, le Syndicat de Toulouse, d'accord avec la municipalité de cette ville, a adopté un règlement pour la surveillance des écoles. Surveiller le développement physique de nos écoliers, les protéger contre la contagion si facile dans les agglomérations scolaires, veiller à la salubrité des locaux. voilà vraiment une œuvre nationale à laquelle les médecins les premiers ont souscrit. Malheureusement telle qu'elle est prévue, cette inspection médicale risque de n'être qu'une organisation bien imparfaite. Ici encore, nous trouvons la toute-puissance des Préfets : ils nommeront les médecins inspecteurs ; la politique ne sera donc pas bannie de ces nominations ; les rétributions accordées à ces médecins sont illusoires et le travail qu'on leur demande est énorme : le médecin scolaire devra : 1° donner son avis sur le choix des emplacements, sur les plans et aménagements des établissements scolaires à construire, sur le choix du mobilier scolaire, — 2° inspecter les établissements déjà existants et signaler les imperfections des locaux et du matériel, indiquer les améliorations à réaliser ; surveiller l'hygiène des locaux et assurer l'observation des règlements concernant l'aération, le chauffage, l'éclairage et la propreté de ces bâtiments ; — 3° surveiller l'hygiène des élèves et assurer de même l'observation des règlements relatifs aux soins de propreté, alimentation, durée du travail, du repos, des repas, des exercices physiques ; — 4° procéder, au moins *deux fois par an*, à l'examen individuel de chaque élève et consigner sur un livret sanitaire, dont il aura la responsabilité, les résultats de cet examen ; — 5° assurer également l'observation des règlements relatifs à l'hygiène des maîtres et du personnel des écoles ; 6° assurer l'observation de toutes les prescriptions tendant à mettre l'école et les élèves à l'abri de la contagion de la tuberculose et des maladies transmissibles ; — 7° signer les certificats de guérison des élèves qui ont été malades ; — 8° s'assurer que les élèves ont des notions élémentaires d'hygiène ; — 9° enfin, rédiger un rapport à la suite de chacune de ses visites, — le tout pour une indemnité qui ne doit pas dépasser 30 centimes par élève. — Comment un praticien pris par sa clientèle pourra-t-il sérieusement répondre à toutes les obligations de sa charge d inspecteur ? Je crois qu'il en sera de l'inspection médicale des écoles comme de toutes les services d'hygiène en France : belle façade derrière laquelle on ne trouve rien.

Il faudrait encore parler de la surveillance médicale des enfants employés dans l'industrie. Dans tous ces textes de lois, on trouve à tout instant la présence du médecin-inspecteur ; mais toujours, c'est le même mode de nomination par les Préfets et de rétribution confiée à l'appréciation des Conseils généraux.

2° *Services de l'Assistance.* — L'Assistance sociale ne peut exister qu'avec le concours des médecins : sur lui repose le fonctionnement de ce merveilleux faisceau de lois si justes dans leur esprit, malheureusement souvent mal appliquées : loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite, loi de 1904 sur les orphelins et enfants abandonnés, loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards et incurables, loi de 1913 sur l'assistance aux familles nombreuses et aux femmes en couches.

Nous ne considérerons que deux de ces lois : celle de 1893, assistance médicale, et celle de 1905, vieillards et incurables.

On a cherché à fonctionnariser les médecins de l'assistance médicale : ce système n'a pas donné de résultats : il a soulevé la protestation du corps médical et a mécontenté les assistés. Le libre choix est un principe naturel qui n'est plus discutable et qui se généralisera, ce n'est pas douteux, à tous les départements français ; pas de vraie assistance sans lui. Il y a peut-être des abus dans l'application de la loi ; l'administration les met sur le compte des médecins ; nous prétendons, nous, au contraire, que ces choses proviennent des mairies et de la façon dont on confectionne les listes d'assistance. Quoi qu'il en soit, nous demandons que les commissions de contrôle prévues par la loi existent et fonctionnent sérieusement. Bien plus, nous ne contesterons pas à l'administration le droit de faire exercer un contrôle par ses médecins fonctionnaires.

Il en est de même pour la loi de 1905 d'assistance aux vieillards et incurables. Il est incontestable qu'il est parfois difficile à un praticien qui exerce de refuser un certificat d'invalidité à un chronique non incurable : cette loi a donné lieu à de nombreux abus. Il est indéniable que l'Etat qui accorde les pensions exerce un contrôle sérieux pour éviter le gaspillage des deniers publics et là encore, je reconnais que l'intervention d'un médecin de l'administration est nécessaire. Le postulant à la pension aura d'ailleurs le droit de se faire assister par son médecin, comme cela a lieu dans les expertises après accident du travail.

***

De tout ceci se dégage donc la nécessité de la création d'un corps de médecins fonctionnaires : il existe déjà, il suffit d'en réglementer le recrutement et les attributions. J'estime qu'il faudrait dans tous les départements un médecin-inspecteur de l'hygiène et de l'assistance publique qui serait, auprès du Préfet, l'agent d'exécution de toutes les lois d'assistance et d'hygiène, le conseiller technique de l'autorité administrative. Il présiderait le Comité départemental d'hygiène, la commission de contrôle de l'A. M. G., etc. Sous ses ordres immédiats, dans les chefs-lieux d'arrondissement, les bureaux d'hygiène seraient confiés à des médecins sous-inspecteurs qui dirigeraient les bureaux des villes et étendraient leur juridiction à tout l'arrondissement, présideraient les commissions cantonales d'hygiène, surveilleraient les services de désinfection, dresseraient les dossiers sanitaires des communes, s'occuperaient des statistiques de décès, contrôleraient les vaccinations, seraient chargés de l'inspection des nourrissons, de l'inspection médicale des écoles de l'arrondissement et on voit combien étendues peuvent être les attributions de ces médecins. Je reste convaincu de la nécessité de la création de cette médecine administrative ; l'exercice de la médecine doit être laissé aux praticiens. Tout ce qui touche à l'hygiène et à la préservation sociale appartient à l'Etat. Mais il importe que les médecins, agents d'exécution de ces lois, soient exclusivement attachés à leur fonction, ne fassent pas de clientèle, soient de vrais fonctionnaires.

Ce corps de médecins fonctionnaires, qui pourrait comprendre un cadre assez important si on prévoit un médecin par arrondissement et un inspecteur par département, ne peut être créé que par une loi. Il devra être indépendant, autonome, aura sa hiérarchie et sa discipline, mais échappera aux influences locales et aux caprices politiques. Un concours comprenant une instruction médicale sérieuse et des connaissances de droit et d'administration ouvrira l'accès de cette carrière à laquelle le jeune étudiant pourra se destiner comme d'autres se destinent à la médecine militaire.

En un mot, c'est vraiment un nouveau débouché de la médecine que je demande.

Les Syndicats médicaux ne perdraient rien à cette réforme, puisqu'il ne serait pas touché à l'exercice de la médecine. Au contraire, les relations que nous sommes obligés d'avoir avec les pouvoirs publics deviendraient plus faciles et plus courtoises lorsque nous aurions à discuter avec un fonctionnaire compétent, qui serait, malgré tout, un confrère.

Puissent ces considérations un peu trop longues donner à mes confrères l'idée de confier à notre bulletin leurs impressions et leur manière de voir ; l'organisation et le fonctionnement de la médecine sociale doivent intéresser tous les praticiens : une telle *réforme ne devrait pas se faire sans une consultation sérieuse et bien éclairée des syndicats médicaux.*

Docteur Lautier (1).

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

PROJET DE LOI tendant à augmenter le nombre des membres renouvelables des *commissions administratives des hôpitaux et hospices*, ainsi que des *bureaux de bienfaisance*, présenté au nom de M. Raymond Poincaré, Président de la République française, par M. René Renoult, ministre de l'intérieur. (16 février 1914.)

Exposé des motifs. — Messieurs, la mise en vigueur des lois sur l'assistance obligatoire aux vieillards et aux infirmes, l'assistance retraite, l'assistance aux femmes en couches et aux familles nombreuses a augmenté, dans des proportions considérables, la somme de travail imposée aux administrateurs des établissements communaux d'assistance, bureaux de bienfaisance et hospices.

Par suite de cet accroissement de travail, le recrutement des commissions administratives de ces établissements, notamment dans les villes d'une certaine agglomération, est devenu de plus en plus difficile et il y aurait lieu de craindre que cette situation n'entraînât les plus fâcheuses conséquences dans le fonctionnement des hospices ou bureaux de bienfaisance.

C'est ainsi qu'en vue de remédier à cet état de choses, l'union amicale des maires des communes du département de la Seine a émis un vœu, d'ailleurs précédemment formulé par un grand nombre de municipalités de ce département, tendant à ce que le nombre des membres des commissions administratives soit augmenté dans les communes importantes.

D'autre part, une circulaire du ministère de l'intérieur du 19 novembre 1913 a appelé l'attention des préfets sur l'intérêt qu'offrirait la présence de femmes au sein des commissions hospitalières ou de bienfaisance. Mais les femmes ne peuvent actuellement être déléguées qu'à la condition de prendre une place occupée antérieurement par un administrateur et une telle substitution serait, peut-être, de nature à présenter des inconvénients. On ne saurait attendre cependant que des vacances se produisent à la suite de décès ou de démissions, car ce sont là des vacances exceptionnelles et assez rares. Or, la nomination des femmes comme membres des commissions administratives paraît présenter une utilité particulière, immédiatement, au moment même de

(1) *Provence Médicale*, 11 avril 1914.

la première application de la loi sur l'assistance aux femmes en couches.

L'augmentation du nombre des membres des commissions administratives aurait donc pour conséquence, tout en donnant satisfaction aux vœux qui se sont manifestés, de consacrer la possibilité de faire entrer les femmes sans attendre dans les commissions administratives des hospices ou bureaux de bienfaisance.

Sans doute, dès maintenant, la loi du 21 mai 1873-5 août 1879, prévoit, en son article 2, que « le nombre des membres renouvelables peut, en raison de l'importance des établissements et des circonstances locales, être augmenté par un décret spécial, rendu sur l'avis du conseil d'Etat », mais c'est là une procédure qui comporte d'assez longs délais. Un arrêté ministériel peut sans inconvénient, semble-t-il, pour une question de simple organisation et d'administration intérieure, pourvoir, le cas échéant, à l'augmentation motivée des membres des commissions administratives. Toutefois, pour mettre les décisions ministérielles à l'abri de toute critique d'arbitraire, il convient de stipuler qu'elles devront être prises après avis de la section compétente du conseil supérieur de l'assistance publique, avis déjà exigé pour les autorisations d'organisation spéciale de l'assistance médicale (loi du 15 juillet 1893, art. 35, modifié par la loi de finances du 17 avril 1906, art. 39).

Il est à peine besoin de faire ressortir l'objet très limité de la réforme ci-dessus envisagée. La modification d'ordre pratique qui serait apportée à la loi du 21 mai 1873-5 août 1879 laisse entière la question de composition des commissions administratives actuellement pendante devant le Sénat (séance du 28 novembre 1913).

Sous le bénéfice des observations qui précèdent le Gouvernement a l'honneur de soumettre à vos délibérations le projet de loi ci-joint, autorisant l'augmentation des membres des commissions administratives des hospices et hôpitaux et ceux des bureaux de bienfaisance.

Projet de loi.— *Article unique.*— L'article 2 de la loi du 21 mai 1873, modifié par la loi du 5 août 1879, relative aux commissions administratives des hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance, est abrogé et remplacé par l'article suivant :

« *Art.* 2. — Le nombre des membres renouvelables peut, en raison de l'importance des établissements et de circonstances locales, être augmenté par un arrêté du ministre de l'intérieur, pris après avis de la section compétente du conseil supérieur de l'assistance publique.

« Dans ce cas, l'augmentation aura lieu par nombre pair, enfin que le droit de nomination s'exerce, dans une proportion égale, par le conseil municipal et par le préfet. »

AUTOMOBILISME PRATIQUE

I

Eclairage des voitures automobiles à l'avant.

Un jugement intéressant pour les médecins automobilistes.

Un jugement du tribunal de simple police de Chambéry, en date du 7 novembre 1913, avait condamné un propriétaire d'automobile à l'amende et aux dépens pour infraction aux décrets et règlements relatifs à l'éclairage avant des automobiles pendant la nuit. Il résultait de ce jugement que la plaque de contrôle placée à l'avant de la voiture devait être éclairée de même que la plaque placée à l'arrière.

Cette question présentant un intérêt absolument général, et le chauffeur étant membre du Touring-Club, celui-ci a pris en main sa défense. Le pourvoi, soutenu par Me André Defert, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, a été admis, et, par arrêt du 14 février 1914, la Chambre criminelle de la Cour a cassé le jugement.

Voici les termes de cet arrêt :

La Cour, sur le moyen unique du pourvoi pris de la violation des articles 7 et 15 du décret du 10 mars 1899 complété par le décret du 10 septembre 1909, de l'article 3 de l'arrêté ministériel du 12 mars 1908, de l'article 5 de la convention internationale du 11 octobre 1909 approuvé par le décret du 29 mars 1910, et du manque de base légale en ce que le jugement attaqué a décidé qu'il avait été contrevenu à ces dispositions par la double circonstance : 1° que les deux lanternes allumées à l'avant de la carrosserie étaient placées en arrière du moteur ; 2° que ces lanternes n'étaient pas disposées de façon à éclairer la plaque d'identité d'avant.

Vu lesdits articles :

Attendu, d'une part, que les articles 15 du décret du 10 mars 1899 et 5 du décret des 29 mars et 7 avril 1910 prescrivent que, dès la chute du jour, toute automobile soit munie à l'avant de deux feux ou lanternes, mais que ces dispositions ne déterminent pas la partie de l'avant de l'automobile sur laquelle les lanternes doivent être fixées et qu'il suffit en conséquence que ces feux soient placés entre la carrosserie et le moteur;

Attendu, d'autre part, que si les articles 4 de l'arrêté du ministre des travaux publics des 11 et 13 septembre 1901, modifié par l'arrêté des 12 et 13 mars 1908, et 4 du décret du 7 avril 1910, portent que l'une des deux plaques d'identité prescrites par l'article 7 du décret des 10 et 13 septembre 1901 doit être éclairée pendant la nuit, ces dispositions ne visent que la plaque placée à l'arrière du véhicule, à l'exclusion de

la plaque placée à l'avant, dont l'éclairage n'est pas obligatoire ;

Et attendu, en fait, que pour déclarer X.... coupable d'avoir commis une contravention aux textes ci-dessus visés, le jugement attaqué énonce que l'automobile conduite pendant la nuit par le demandeur était dépourvue de feux à l'avant, ses phares étant éteints, mais qu'elle était munie de deux lanternes allumées placées à l'arrière du moteur ; qu'il ajoute que ces lanternes n'étaient pas disposées de façon à éclairer la plaque de contrôle qui était à l'avant ;

Mais attendu que les faits ainsi constatés ne rentrent pas dans les prévisions des décrets et règlements relatifs à la circulation des automobiles ; d'où il suit que la condamnation manque de base légale .

Par ces motifs :

Casse et annule le jugement rendu le 7 novembre 1913 par le tribunal de simple police de Chambéry.

II

Les gendarmes ont-ils légalement le droit de dresser des contraventions.

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt l'article du Dr Plantier que vous avez publié dans le *Concours* du 17. A ce propos, voulez-vous me permettre de vous raconter 2 anecdotes et d'en tirer 2 conclusions.

1re Anecdote : il y a environ 18 mois, un de mes amis, chirurgien dans la ville voisine, passe dans ma localité et un gendarme lui fait « au vol » 2 contraventions : 1° excès de vitesse, bien que le confrère fût sorti de l'agglomération où il n'y a pas d'ailleurs de règlement spécial ; 2° absence de plaque réglementaire à l'avant de sa voiture.

Le commissaire de police de sa résidence fit appeler notre confrère et lui donna communication des 2 contraventions que celui-ci reconnut exactes au moins en ce qui concerne l'absence de plaque. Il s'attendait déjà à être condamné et s'apprêtait philosophiquement à passer chez le percepteur... ce qui n'était pas, du reste, la première fois. A sa très grande surprise, à celle du maire de la commune, ministère public, et à celle du juge de paix du canton qui passa sa nuit à revoir ses textes, le procureur donna l'ordre d'annuler le procès et de ne pas poursuivre, un simple gendarme, même un brigadier, même deux gendarmes *n'ayant pas qualité pour dresser de telles contraventions.* Je me fis un malin plaisir de taquiner les gendarmes de mon patelin avec lesquels je suis en bons rapports. Quelques jours après, je trouvai en chemin de fer leur capitaine et nous causâmes de l'incident. Il me dit que le procureur avait légalement raison, qu'il y avait une lacune dans la loi, mais qu'en pratique, cela n'empêchait pas les gendarmes de faire des contraventions, parce que jamais un délinquant ne protestait et n'invoquait ce moyen peu connu de formelle nullité ; que c'était d'ailleurs la première fois qu'un procureur le faisait ; et j'ajoute que j'ai lu, de mes yeux, chez le maire la note écrite de la main du procureur.

2e Anecdote : Quinze jours après cette histoire, je fis passer une couche de peinture à ma vieille auto (qui en avait bien besoin) et une couche de noir sur les 2 plaques dont les inscriptions étaient devenues illisibles. La peinture n'était pas très sèche et les chiffres pas encore inscrits quand je fus appelé pour aller voir un malade (indigent au surplus, donc pressé) dans une commune à 8 km. de chez moi, mais située dans un canton et un département limitrophes. En route panne d'essence à 100 m. du village et rencontre de 2 gendarmes à cheval. Le 1er me salue, le 2e tord sa moustache et me dit : « Monsieur, vous n'avez pas de plaque ». — « Pardon, gendarme, j'ai bien 2 plaques, mais elles n'ont pas de numéro parce que la peinture est à peine sèche, ainsi que vous pouvez le constater ; au surplus, je n'ai nullement l'intention dans cette commune de dissimuler mon identité ni celle de ma voiture, nous sommes aussi connus l'un comme l'autre, moi depuis 20 ans et ma voiture depuis 8 ans ». — « Possible, fait le gendarme, mais je dois quand même vous dresser procès-verbal ». — « A votre aise, mais je vous préviens qu'à mon tour j'en demanderai l'annulation pour excès de pouvoir, car ce n'est pas dans vos attributions et cela ne vous regarde pas ». Là-dessus, fureur du gendarme qui me dit qu'il allait me le faire voir, qu'il connaissait son droit et sa théorie, qu'il avait déjà dressé 100 contraventions pareilles (ce qui était vrai), que c'était la 1re fois qu'il entendait parler de cela, enfin que j'aie à lui donner de suite mon nom, profession, adresse etc.) etc. Quand, pour obtempérer, je lui eus déclaré que j'étais le dénommé X. domicilié à Z., docteur en médecine, il changea de suite de ton. « Pardon, M. le Docteur — êtes-vous plusieurs médecins à Z. », « Non, j'y suis seul » — « Alors vous êtes *peut-être* le médecin des gendarmes ». — « Parfaitement, depuis 20 ans ». — « Alors, M. le Docteur, je vous prie de m'excuser, je ne vous connaissais pas ». Là-dessus, le 2e gendarme, celui qui m'avait salué (et qui, je l'ai su depuis, avait fait sans que je le visse, signe à son collègue) et qui n'avait rien dit du tout, s'approcha et nous causâmes familièrement tous les trois.

1re Conclusion : Les gendarmes n'ont donc pas qualité pour dresser des contraventions aux conducteurs d'automobiles pour excès de vitesse, défaut de plaques, de permis de conduire, etc. Je crois qu'ils ont le droit de dresser des contraventions pour stationnement, défaut de feux.

2e Conclusion : Le gendarme n'est pas sans pitié, ainsi qu'il l'a montré pour votre serviteur. Il a eu d'autant plus de mérite que je venais de l'humilier profondément dans son amour-propre de gendarme, et de gendarme à cheval ! ! en lui contestant un droit qu'il croyait et croit sans doute encore incontestable.

J'ajoute que depuis 17 ans que je chauffe, c'est la 1re fois qu'un gendarme m'interpelle et que je n'ai jamais eu qu'à me louer de mes rapports avec eux, bien que je n'aie encore même pas une médaille de bronze.

Dr P.

***

Cette révélation semblerait devoir tranquilliser les médecins automobilistes, malheureusement elle est inexacte. En effet l'article 198 du Décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie est ainsi conçu :

Elle (la gendarmerie) dresse des procès-verbaux contre les propriétaires de voitures automobiles, cycles ou autres moyens de transport et les entrepreneurs de messageries publiques qui sont en contravention aux lois et règlements d'administration sur la police du roulage, aux arrêtés des préfets et des maires.

VARIÉTÉS

Public et médecins.

On ne saurait nier qu'aujourd'hui les relations entre le public et les médecins sont plutôt tendues. Il y a entre eux de la méfiance et parfois même de l'hostilité.

Depuis déjà longtemps, d'ailleurs, on répète que le médecin de la famille n'existe plus, et il faut avouer que ce phénomène devient exceptionnel.

Le prestige du médecin moderne s'amoindrit. Pourquoi ? Parce que la médecine, vulgarisée, la pharmacie spécialisée, la presse *éducatrice* aveuglée, ont repoussé au second plan, et même au dernier, pourrait-on dire, le rôle du médecin.

Le médecin est considéré ni plus ni moins qu'un commerçant en médecine. Sa marchandise, un jour, sans savoir pourquoi, paraît suspecte, on va chez un autre ou chez Potin.

On lui refuse désormais le droit de « medicandi coupandi et occidendi *impune* perto tam terram ». On le rend responsable d'un événement inattendu ou désagréable. On voit des fautes lourdes dans tous ses actes, — et on le lui fait bien voir. On trouve que sa profession est trop commode, qu'il échappe à tout contrôle, — et en avant les demandes de dommages et intérêts ! Les tribunaux sont là pour quelque chose.

Cette situation nouvelle, plaçant le médecin à un niveau moral inférieur à ce qu'il était autrefois, mériterait d'être examinée. Il y aurait lieu d'en préciser les causes et partant les remèdes, s'il était permis d'espérer pouvoir remonter le courant. Mais comme, en somme, elle résulte de l'évolution sociale en général et de l'évolution médicale en particulier, qu'elle était inévitable et qu'on peut la considérer comme définitive, il y a lieu d'en prendre son parti et de rechercher les moyens de défense appropriés aux attaques — et ces moyens, on les trouvera dans l'organisation des Syndicats.

Maintenant, le médecin entend vivre de sa profession ; il consent à contribuer — et il le fait toujours largement — aux œuvres d'assistance sociale, mais il ne veut pas se laisser duper ; aussi lui tient-on rigueur du relèvement des honoraires.

S'il entoure son malade de toutes les garanties en le mettant dans une maison de santé entre les mains d'un confrère éminent ou en ayant recours aux soins de spécialistes habiles, il proteste, lors de la présentation de la note, contre les accusations de dichotomiste ou d'homme d'argent. Il proteste aussi lors d'un insuccès, contre l'accusation de ne point avoir pris les mêmes garanties dont nous parlons, et d'être la cause d'un deuil dont on le rend responsable.

Il n'y a pas bien longtemps, j'entendais un brave officier ministériel tenir publiquement un langage étrange, et faire, sans ménagement, le procès du Corps médical.

« Les médecins ne méritent aucune considération ; ils jouissent et abusent d'un pouvoir discrétionnaire énorme. Aucune profession ne bénéficie d'une immunité professionnelle égale à celle dont jouit la profession médicale. Le notaire, l'avocat, le magistrat, sont rappelés à l'ordre pour une erreur ou une faute légère ; ils sont jugés par leurs pairs avec sévérité ; la sanction est inflexible et impartiale, dans les chambres syndicales, dans les conseils de l'ordre, etc.

« Tandis que chez les médecins, aucune sanction Le médecin peut commettre un crime, oui, Monsieur, un crime, et il en commet souvent, Monsieur, en toute tranquillité. Car il est défendu et absous d'avance, par tous les médecins ; il est couvert par les syndicats, et c'est une solidarité criminelle. Devant les tribunaux, les médecins soutiennent les médecins, même quand ils ont tort. Aucun médecin ne se lèverait ou ne sévirait contre un confrère coupable. Eh bien ! je dis que c'est odieux et contraire à toute justice. On ne doit point avoir de pitié pour les brebis galeuses, pour les auteurs de forfaits médicaux perpétrés plus souvent par ignorance que par

intention, je l'avoue, mais néanmoins accomplis par des hommes qui devraient être mis hors d'état de nuire.

Je le répète, aucun médecin n'osera accuser ni poursuivre un médecin, aucun ne témoignera défavorablement contre un autre, après avoir dit le contraire hors d'un tribunal. De là à penser qu'ils sont tous capables de fautes graves, il n'y a qu'un pas..... »

Devant ces violentes invectives contre le Corps médical, je remerciai d'abord le bon officier ministériel de sa constatation de l'esprit de solidarité médicale. J'essayai ensuite de lui démontrer qu'il n'y avait aucune assimilation à faire entre la corporation médicale et les autres, que le médecin ne jouissait que du privilège de faire le bien plus que tout autre, que la création d'un ordre des médecins, comme il semblait le souhaiter, avait déjà bien des fois été mise en question, mais qu'elle ne saurait donner de résultats appréciables ; qu'une erreur de comptabilité, petite ou grande, était un fait mathématique démontrable, tandis qu'une erreur médicale ne pouvait que difficilement être établie, faute de preuves certaines ; que d'ailleurs, lorsque les preuves existent, les tribunaux ne sont point tendres, ni pour les auteurs de fautes lourdes, ni pour les délinquants, ni pour les brebis galeuses, comme le témoignaient tels ou tels jugements récents que je lui citai.

Rien n'y fit, et les médecins restèrent des criminels aux yeux de mon magistrat.

Monsieur, lui dis-je,pour être aussi cruellement injuste envers notre profession, vous avez dû subir dernièrement une épreuve, un chagrin ou un deuil... Ce serait une explication et une excuse à votre dur et inqualifiable jugement.

Et il me raconta que sa fille était morte en couches, que le médecin ordinaire, — un vieux, disait-il avec mépris ,— avait négligé les précautions antiseptiques les plus élémentaires et ne s'était même point lavé les mains,... qu'un confrère de Paris appelé aurait déclaré qu'il était resté quelque chose.....

... Et voilà pourquoi ma fille est morte de fièvre puerpérale...

Tout en arguant, mais dès lors un tant soit peu gêné, de l'absence de preuve, la discussion s'éteignit et la conversation dévia...

Il était pénible d'être obligé de m'incliner et de me taire devant la douleur de ce père dont le raisonnement et les déductions étaient appuyés sur des bases fragiles, d'ordre plutôt sentimental que médical, mais qui représentait si bien les sottes prétentions du public.

Que de tristes réflexions provoque cette simple et suggestive conversation !

Docteur COURGEY.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Hôpital de la Pitié.** — *Maladies du cœur et des vaisseaux.* — *Service du docteur* JOSUÉ. — Sous la direction du docteur JOSUÉ, medecin de l'hôpital de la Pitié, commencera dans les premiers jours du mois de juin et se poursuivra pendant le semestre d'été un enseignement des maladies du cœur et des vaisseaux ayant pour but d'exercer chaque élève en particulier à l'examen de malades et à la pratique du diagnostic.

Ces exercices cliniques (percussion phonendoscopie, auscultation, sphygmomanonétrie, électrocardiographie, etc., se feront par séries de huit élèves. Ils auront lieu dans l'après-midi à partir de 2 1/2 et dureront un mois par séries de dix leçons.

Pour l'inscription et pour les renseignement s'adresser à M. J. Borrac, interne du service.

— **A. P. M.-XIe session.** (Berne, septembre 1914). — La XIe session d'études de l'Association internationale de perfectionnement scientifique et médical, patronnée par le gouvernement français et S. M. le roi des Belges, aura lieu à Berne (Suisse) du 3 au 10 septembre 1914.

Une série de rapports et de conférences de la plus haute importance seront faits dans les dix groupes d'études de la Société : sciences physiques et chimiques, sciences naturelles, sciences biologiques, médecine, chirurgie, hydroclimatologie, hygiène, assistance, sciences vétérinaires, stomatologie. Nous en publierons des indications plus détaillées dans notre prochain numéro.

Cette semaine internationale d'études, prise du jeudi au jeudi et coupée par une excursion de repos le dimanche, sera suivie d'un voyage spécial dans l'Oberland, l'Engadine et le Tyrol (Interlaken, Grindelwald, Andermatt, St-Moritz, Pontresina, Davos, Col du Stelvio, Trafoï, Meran, Cortina, Toblach, Innsbruck, Zurich, Chutes du Rhin, etc...)

Le programme complet et détaillé paraît dans le nº 76 de « Scientifica », revue officielle de l'A. P. M., ainsi que toutes les conditions de l'adhésion et de l'inscription. (Envoi franco de ce numéro contre 0 fr.60 en timbres-poste pour la France et 0 fr.75 ou 3 coupons-réponse internationaux pour l'Etranger).

Il est nécessaire de s'inscrire le plus tôt possible, en tout cas avant le 15 juillet prochain. Le bureau de l'A. P. L. est ouvert le mercredi et le samedi, de 15 à 16 heures, 12, rue Francois-Millet, Paris, XVIe.

— **Association générale des médecins de France.** — L'Association générale des médecins de France, dont le siège est à Paris, 5, rue de Surène, vient de tenir son assemblée générale annuelle dans l'Amphithéâtre de la Faculté de médecine. Un grand nombre de médecins, venus de tous les départements, assistaient à la séance.

Après l'allocution prononcée par M. le Professeur Gaucher, membre de l'Académie de médecine, président de l'Association, M. le docteur Darras, trésorier général, a fait l'exposé de la situation financière. L'Association a distribué, pendant le dernier exercice, en pensions et secours, plus de 200.000 francs ; son avoir actuel dépasse six millions, y compris l'avoir des 93 sociétés locales.

Depuis sa fondation, l'Association générale des médecins de France a payé, en pensions et secours une somme totale de 4.400.000 frs, dont 1.825.000 frs à des sociétaires et le surplus à des veuves et orphelins de sociétaires.

M. le docteur Séailles a lu un rapport sur les Pensions Viagères à accorder en 1914. 13 nouvelles pensions de 800 francs et 4 suppléments de 200 francs ont été votés, ce qui porte à 86 le nombre des pensions en cours (37 à 1000 fr. et 49 à 800 fr.).

M. le docteur Levassort, secrétaire général, a présenté le compte rendu des actes de l'Association générale pendant l'exercice 1913-1914.

Puis l'Assemblée a discuté divers vœux : admission dans l'Association, des femmes de sociétaires ; mode de nomination des membres du Conseil général, tendant à ce toutes les régions de France soient représentées au dit Conseil ; interprétation de l'article 5 des Statuts, en ce qui concerne l'aide et la protection à accorder aux 3 sociétaires ; vœu — souvent renouvelé — demandant que l'Association se spécialise dans les questions de mutualité ; Mesures à prendre au sujet de l'affichage, dans les Facultés, des postes médicaux vacants ; Vœu relatif à l'interdiction de l'exercice de la médecine en France, par des étrangers.

L'Assemblée a émis le vœu que les Sociétés locales augmentent leur cotisation pour distribuer des allocations plus élevées aux veuves et aux orphelins et que les femmes et enfants de médecins fassent acte de prévoyance en adhérant en grand nombre, à la Société spéciale, fondée il y a un an, pour leur permettre de se constituer une retraite de droit de 360 francs.

Un banquet très cordial a réuni, le soir, au Palais d'Orsay, les nombreux Présidents et délégués des Sociétés départementales.

— **Les médecins au Parlement.** — Les élections législatives pour 1914 sont terminées. Le corps médical, lit-on, dans l'*Echo médical du Nord*, figure pour une part honorable parmi les candidats députés et parmi les élus. D'après *Le Temps*, dans la statistique des professions, sur 2.902 candidatures déclarées, on comptait 170 médecins et 35 pharmaciens.

De ce nombre respectable, puisqu'il représente un médecin candidat pour 17 autres professions, et un pharmacien pour 90, il reste élus 43 médecins, 11 pharmaciens.

Ont été nommés :

MM. les docteurs Vaillant, à Paris (XVe) ; Doizy, à Mézières (Ardennes) ; Sireyjol, à Nontron (Dordogne) ; Delorn-Sorbé, à Pau (Basses-Pyrénées) ; Pacaud, aux Sables-d'Olonne (Vendée) ; Boussenot, à la Réunion ; Peyroux, à Rouen (Seine-Inférieure) ; Vidalin, à Tulle (Corrèze) ; Mourier, à Alais (Gard) ; Pezet, à Montpellier (Hérault) ; Merlin, à Roanne (Loire) ; Legros, à Blois (Loir-et-Cher) ; Delpierre, à Clermont (Oise) ; Augagneur, à Lyon (Rhône) ; Schmidt, à Saint-Dié (Vosges) ; Navarre, à Paris, (XIIIe) ; Poirier de Narçay, à Paris (XIVe) ; Defos, à Moulins (Allier) ; Baudon, à La Palisse (Allier) ; Favre, à Saintes (Charente-Inférieure) ; Queille, à Ussel (Corrèze) ; Lancien, à Châteaulin (Finistère) ; Dumont, à Issoudun (Indre) ; Thiéry, à Commercy (Meuse) ; Defontaine, à Avesnes (Nord) ; Sibuet, à Albertville (Savoie) ; Poltevin, à Castelsarrazin (Tarn-et-Garonne) ; Thivrier, à Montluçon (Allier) ; Jean Durand, à Castelnaudary (Aude) ; Lachaud, à Brive (Corrèze) ; Baudet, à Dinan (Côtes-du-Nord) ; Clément Clament, à Bergerac (Dordogne) ; Sarrazin, à Sarlat, (Dordogne) ; Cazauvielh, à Bordeaux (Gironde) ; Chapuis, à Lons-le-Saulnier, (Jura), Gilbert Laurent, à Roanne (Loire) ; Péchadre, à Epernay (Marne) ; Delelis-Fanien, à Béthune (Pas-de-Calais) ; Victor Morel à Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Dubief et Symian, à Mâcon (Saône-et-Loire) ; Lorigny, à Coulommiers (Seine-et-Marne) ; Ganault, à Laon (Aisne) ; Armand Perier, à Fontenay-le-Comte (Vendée) ; Théveny, à Arcis-sur-Aube (Aube) ; Even, à Lannion (Côtes-du-Nord) ; Gu raud, à Lavaur (Tarn) ; Paulin Dupuy, à Moissac (Tarn-et-Garonne) ; Chassaing, à Ambert (Puy-de-Dôme) ; Constans, à Montauban (Tarn-et-Garonne).

Parmi eux nous relèverons que plusieurs d'entre ces confrères sont des médecins militaires, tels que MM. Doizy, Peyroux, Boussenot, Delorn-Sorbé.

(*Progrès médical*).

Nous faisons des vœux pour que ces 43 parlementaires, disciples d'Esculape, n'oublient pas qu'avant d'être députés, ils étaient médecins, et qu'ils le seront encore le jour où les caprices du suffrage universel les renverrait à leurs « chères études ».

Nous leur demandons purement et simplement de ne pas renier leurs origines et rester toujours et partout « des CONFRÈRES »

— **Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris.** — *Conférences d'Ophtalmologie pratique*. — Le Dr POULARD commencera, le *lundi* 8 *juin*, à 4 heures, ses conférences d'Ophtalmologie pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences, avec exercices et présentations de malades, sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles ont pour objet l'étude des maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et traiter.

Elles auront lieu dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Offret, assistant du service.

L'inscription est gratuite.

— **Concours** pour l'admission à deux places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et à des places éventuelles d'interne provisoire.

Ce concours s'ouvrira, le 1er juillet 1914, à la Maison départementale de Nanterre.

Durée des fonctions : du 1er octobre 1914 au 30 septembre 1915.

Traitement annuel : 1800 fr., plus une indemnité de logement de 300 fr.

Tout interne qui serait reçu docteur avant le 1er juillet, ne pourra continuer à exercer ses fonctions.

Les candidats qui désireront prendre part au concours devront se faire inscrire à la préfecture de police (Service du personnel, Caserne de la Cité).

Le registre d'inscription, ouvert dès à présent, sera clos définitivement le 6 juin, à 4 heures.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente sixième année. N° 24 Dimanche 14 Juin 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

SOMMAIRE

Une bourse du V. E. M. de 1914 offerte aux membres du « Concours Médical »

Le Président de la Société Civile *Le Concours médical* a reçu la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Le V. E. M. devant se terminer cette année par la visite de l'Etablissement thermal d'Enghien, notre Société a décidé de mettre quelques bourses de voyage à la disposition du Corps médical.

Désireux de remercier en particulier les médecins praticiens de l'intérêt qu'ils ne cessent de témoigner à notre station, nous avons pensé ne pouvoir mieux faire que d'offrir au *Concours médical*, qui groupe plus de 8.000 praticiens, une de ces bourses de voyage.

Nous espérons, Monsieur le président, que vous voudrez bien l'accepter, et nous en faire connaître le bénéficiaire dès qu'il sera désigné.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

Société d'Exploitation des Eaux et Thermes d'Enghien.

Nous prions les confrères qui poseraient leur candidature à cette bourse de nous en faire part *avant le* 20 *juin*. Il sera alors procédé, au *Concours médical*, au tirage au sort du bénéficiaire.

PROPOS DU JOUR

La valeur des statistiques officielles.

Dans une séance du Congrès des praticiens, M. Mirman, le distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, fit remarquer, avec raison et à propos, que les maladies dites transmissibles dont la loi impose la déclaration, causaient un nombre de décès relativement très faible, inférieur par exemple à celui des décès causés par le cancer. A l'appui de son affirmation, M. Mirman cita quelques chiffres précis, émanant des statistiques officielles. Nous ne discuterons pas ces chiffres qui, dans ce cas, nous paraissent vraisemblables ; nous ne discuterons pas davantage ces affirmations qui concordent avec les données de nos observations et de notre expérience, mais cet incident a attiré de nouveau notre attention sur la valeur des statistiques officielles. D'ailleurs, ce sujet est de toute actualité, car, si l'on veut étudier à la Commission Chéron-Métin l'assurance-invalidité, les membres de la dite Commission devront appuyer leurs projets sur des statistiques de morbidité

et de mortalité, et il importe dès à présent, de les mettre, eux et le public médical, en garde contre la prétendue véracité de ces statistiques.

De toutes les villes de France, Paris paraît bien être une de celles où la statistique officielle est faite avec le plus de méthode et le plus de soin. Il y existe un Bureau central de statistique municipale qui publie depuis trente-quatre ans un Bulletin hebdomadaire. Ce Bulletin indique les causes des décès. Ces causes sont déterminées par les constatations des médecins de l'état-civil. Ce n'est pas mettre en doute la compétence de ces honorables confrères, pour la plupart d'un âge où l'on a acquis une certaine expérience, que d'affirmer qu'il leur est difficile de porter un diagnostic rétrospectif exact et de soupçonner qu'ils font sur ce point plus d'une erreur excusable.

Il est, dans le Bulletin de statistique de Paris, des constatations qui nous laissent rêveurs. Ainsi pour la 21e semaine, du 24 au 30 mai 1914, on signale sèchement 12 décès dus à la rougeole, 5 dus à la coqueluche, 34 dus à la bronchopneumonie, 30 à la congestion pulmonaire, 2 à la grippe. On ne nous dit pas si les 34 décès dus à la bronchopneumonie ou les 30 dus à la congestion pulmonaire ne résultent pas de complications de la rougeole, de la coqueluche ou de la grippe, ce qui nous paraît assez vraisemblable. Nous relatons ensuite 32 décès de méningite tuberculeuse, 20 décès de méningite simple et 3 décès de méningite cérébro-spinale. Nous serions curieux de savoir sur quelles bases se sont appuyés les médecins de l'état-civil pour porter, après la mort et sur les simples renseignements fournis par les familles, le diagnostic différentiel entre ces diverses méningites. Nous avouons que, pour notre compte, nous ne nous faisons pas une idée bien nette de ce que peut être une méningite simple. Et puisque nous sommes sur cette question de diagnostic rétrospectif des méningites, nous nous permettrons de signaler un fait assez récent qui indique nettement combien il est facile de commettre à ce sujet de grossières erreurs.

Au Conseil de famille du Syndicat des médecins de la Seine, un de nos confrères porta plainte contre un médecin de l'état civil. Ce dernier aurait posé le diagnostic rétrospectif de méningite tuberculeuse comme cause de la mort d'un enfant, alors que le médecin traitant aurait qualifié la maladie d'urémie convulsive. La famille, apprenant du médecin de l'état civil la cause probable du décès, aurait accusé son médecin d'ignorance et lui aurait reproché d'avoir soigné le petit malade pour une maladie dont il n'aurait pas été atteint. Le médecin de l'état civil répliqua qu'il avait, de toute bonne bonne foi et en se basant sur les renseignements à lui fournis, porté le diagnostic de méningite sans avoir la plus petite intention de discuter le diagnostic de son confrère qu'il ignorait complètement.

Il n'est pas douteux que des erreurs de ce genre se font chaque jour et cette constatation doit nous enlever toute confiance dans les statistiques. Il est, en outre, un grand nombre de maladies chroniques ou dyscrasiques qui finissent le plus souvent par une affection intercurrente ou par une complication, seule indiquée dans les statistiques. Le diabète, le tabès, pour n'en citer que deux, sont de ce nombre. Certaines affections déterminent des accidents localisés mortels et ces accidents figureront le plus souvent seuls sur les statistiques. La syphilis est le type des maladies de ce genre.

Mais ces causes formidables d'erreur ne sont pas le seul reproche que nous puissions faire aux statistiques officielles. La rédaction de ces dernières est le plus souvent réclamée à des personnes qui ne peuvent pas répondre aux renseignements qu'on leur demande parce qu'elles n'ont pour cela ni la compétence ni les éléments nécessaires. D'ailleurs, le libellé des tableaux imprimés est parfois tellement surprenant qu'il est permis de douter qu'il émane de personnes ayant seulement réfléchi à la destination de ces paperasses bureaucratiques.

Ainsi, les directeurs et directrices des écoles communales de Paris ont reçu tout récemment, pour les remplir, des feuilles de *statistique de la morbidité et de la mortalité*. Ces feuilles, spécialement destinées aux écoles, portent en sous-titre la mention imprimée : *Ecole de garçons, de filles* ou *maternelle*. Sur les 21 maladies qui y sont spécifiées (y compris les maladies inconnues) nous trouvons au n° 16, entre la néphrite aiguë et les traumatismes, cette stupéfiante catégorie : *Accidents de la grossesse et de l'accouchement* ! ! En outre, l'on demande aux directeurs et directrices de spécifier le nombre des cas et des jours de maladie d'après l'âge des petites malades. Des colonnes verticales sont destinées aux âges, la première porte l'indication : *Enfants de moins d'un an*, la seconde : *de* 1 *à* 5 *ans*. La personne qui a rédigé le tableau, ignore sans doute que les enfants de moins d'un an et ceux de 1 à 5 ans ne fréquentent

pas les écoles et que les accidents dus à la grossesse et à l'accouchement sont plutôt rares chez les fillettes de moins de 14 ans. Mais passons sur ces bizarreries, qui,en somme, peuvent n'être dues qu'à une erreur ou une négligence. Admettons que les directeurs d'écoles, devenus des maîtres Jacques, occupés à tout, sauf à la direction de leur établissement, se soient acharnés à la besogne laborieuse qu'exige le remplissage consciencieux des colonnes de la statistique de morbidité et de mortalité : combien les chiffres qu'ils donneront seront fatalement erronés !! Une école parisienne comprend environ de 300 à 500 enfants. Dans les écoles maternelles, la présence n'est pas obligatoire et toute statistique des causes d'absence est matériellement impossible. Dans les autres écoles, le chiffre moyen des absents chaque jour oscille entre 20 et 30. Pour arriver à connaître approximativement les causes de ces absences, il faudrait, au service de chaque école, un enquêteur spécial, homme de tact et d'intelligence, et sa fonction ne serait pas une sinécure.

Les chiffres que fourniront les directeurs, seront donc des à-peu-près et la statistique sera établie avec un coefficient d'au moins 50 % d'erreurs.

Le ministère du travail et de la prévoyance Sociale, qui a fourni récemment à l'Union des syndicats médicaux une si stupéfiante statistique de nos groupements professionnels, en publiera une non moins stupéfiante de la morbidité et de la mortalité des écoles et l'on verra des sociologues puiser des arguments dans ces documents et des parlementaires bâtir des propositions de loi sur des fondements auss mouvants.

Claude Bernard avait bien raison d'insister sur l'inutilité de la statistique en biologie et en médecine et d'affirmer qu'en dehors du déterminisme scientifique, « toutes les données numériques sont inexactes et d'autant plus inexactes qu'elles donnent des chiffres qui trompent et en imposent par une fausse apparence d'exactitude » (1).

J. Noir.

(1) Cl. Bernard.— Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Deuxième partie, ch. II, paragr. 9.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. agrégé Rathery

Valeur pronostique de l'azotémie dans les néphrites chroniques.

J'ai l'intention d'étudier avec vous, aujourd'hui, l'azotémie dans les néphrites chroniques. Je me propose de vous montrer la facilité de la recherche de l'azotémie et de vous indiquer les renseignements qu'elle peut fournir au clinicien.

On s'est préoccupé de l'existence de l'urée du sang, dans les néphrites chroniques, il y a déjà longtemps. Prévost-Dumas avait constaté, autrefois, que chez les animaux auxquels on enlève les reins, une rétention d'urée se produit dans le sang,ce qui avait conduit certains auteurs à attribuer les accidents de l'urémie à la rétention de l'urée. Bouchard fit justice de cette opinion, en montrant que l'urée n'est pas toxique, que l'on peut même en donner aux malades, car elle a des propriétés diurétiques. On cessa, dès lors, d'attacher de l'importance à l'urée dans le diagnostic et le pronostic des néphrites. Il faut arriver aux travaux du professeur Achard et du professeur Widal pour voir des données nouvelles modifier les idées médicales sur ce point. Il convient de signaler cependant, entre temps, une observation de M. Debove concernant un cas d'urémie où l'on trouva, dans le sang, le chiffre élevé de 4 gr. d'urée. MM. Achard et Widal reprirent la quès- montrèrent la grande importance du dosage de tion et l'urée du sang pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des néphrites chroniques. Depuis, d'autres corps azotés ont été recherchés dans le sérum. Au cours de cette leçon, pour ne pas compliquer le sujet, je ne m'occuperai que de l'urée.

La recherche de l'urée se pratique par deux procédés, l'un facile, l'autre délicat. Le procédé facile est réellement simple. Le praticien de campagne peut l'employer aisément. Voici quelle en est la technique. A l'aide de ventouses scarifiées, vous recueillez du sang dont vous prélevez le sérum (20 centim. cubes). Vous ajoutez à ce sérum quantité égale d'une solution à vingt pour cent d'acide trichloracétique. Vous filtrez, vous prenez la moitié du filtrat et, sur ce filtrat, vous mettez l'uréomètre à mercure d'Yvon. Vous notez le dégagement gazeux, et vous en déduisez la

quantité d'urée cherchée. L'uréomètre d'Yvon, appareil peu compliqué, suffit. J'insiste encore sur la facilité de ce dosage.

Le second procédé est plus complexe. Il a été étudié par M. Ambard et est connu sous le nom de rapport uréosécrétoire d'Ambard. Il donne le rapport de l'urée du sang à l'urée de l'urine. Vous trouverez partout les calculs assez minutieux qu'il nécessite. Je vous dirai seulement que le chiffre auquel il aboutit normalement, dit constante d'Ambard, est de 0,06 à 0,08. Le chiffre donné par le premier procédé, qui est la quantité d'urée du sang, va, à l'état normal, de 0,20 à 0,40.

Ces deux procédés ont des avantages et des inconvénients respectifs. Le premier offre une cause d'erreur qu'il faut connaître. Pour qu'il soit exact, le malade doit être à un régime qui n'est ni extrêmement azoté ni extrêmement peu azoté ; sinon, le chiffre d'urée pourrait être trop fort ou trop bas. On mettra donc le malade à un régime normal. Pour le coefficient d'Ambard, les causes d'erreur sont plus nombreuses. Il y en a une série provenant du recueil des urines. Un avantage, avec le coefficient d'Ambard, c'est de ne pas avoir à se préoccuper du régime. Les renseignements fournis sont aussi plus approfondis.

Je vais vous indiquer maintenant dans quels cas la recherche de l'urée du sang peut suffire et dans quels cas la méthode d'Ambard est indispensable. Pour étudier l'importance de l'azotémie, je prendrai une série d'exemples cliniques, divisés en plusieurs groupes. Dans un premier groupe, je rangerai les cas d'azotémie considérable, oscillant entre 2 gr. 3 gr., et même davantage. Voici quelques observations qui vous montreront l'importance de la recherche de l'urée en pareils cas.

Première observation. — Homme de 64 ans, ayant les apparences d'une bonne santé, se plaignant, depuis trois à quatre ans, de troubles gastro-intestinaux, pesanteur gastrique après les repas, nausées, vomissements. Un jour, à la suite d'un repas plus copieux, ces troubles s'accentuèrent et le malade vint me demander conseil. A l'examen, je constatai un bruit de galop, une pression artérielle entre 18 et 19 à l'appareil Potain, entre 20 et 21 à l'oscillomètre Pachon, et entre 11 et 12 comme tension minima. L'urine contenait des traces d'albumine. Je fis faire un dosage de l'urée du sang, qui donna le chiffre considérable de 4 gr. 14. Je prévins la famille qu'il s'agissait d'une affection grave, ce dont elle fut étonnée d'ailleurs. Le malade continua ses occupations, les troubles augmentèrent. Au bout de trois semaines, une crise de coma urémique se produisit et le patient mourut le deuxième ou troisième jour. Voilà donc un sujet chez lequel la recherche de l'azotémie seule a permis de porter un pronostic.

Deuxième observation. — Femme de 26 ans, qui vint à la consultation de l'hôpital Tenon également pour des troubles gastro-intestinaux. Elle avait eu de l'albuminurie une première fois à l'âge de 14 ans, et plus tard à l'occasion de grossesses. Elle se soigna, sans que ces soins aient pu éviter, en 1912, une crise de coma urémique. Traitée par la saignée, la crise guérit. Elle se présenta donc à la consultation, non pas pour des troubles rénaux, qu'elle considérait comme guéris, mais pour des accidents gastriques. Lorsque nous l'avons examinée, nous avons trouvé une tension élevée de 23 maxima et de 16 1/2 minima, un bruit de galop et de l'albumine dans l'urine. Nous notions, en même temps, un état asthénique marqué, de l'insomnie tenace. La recherche de l'azotémie décela 1 gr. 40 d'urée dans le sang. Malgré un régime sévère, hydrique, l'azotémie s'éleva pour atteindre 4 grammes à l'examen suivant. Vingt jours plus tard, cette femme mourait d'urémie.

Troisième observation. — Homme de 40 ans qui se plaignait depuis six mois de maux de tête (pour lesquels il prenait de nombreux cachets analgésiques) et de troubles gastro-intestinaux. Son médecin, après une première analyse d'urine d'une seule émission qui resta négative, examina les urines globales des 24 heures et y trouva de l'albumine. Il nous l'adressa dans ces conditions. Le patient accusait de l'asthénie, des pesanteurs, des brûlures gastriques, des vomissements. La recherche de l'urée du sang donna le chiffre de 1 gr. 08. Malgré un régime sévère, une diète hypoazotée, l'état s'aggrava. A un examen ultérieur, je constatai un bruit de galop, une tension de 31 maxima et 18 minima (de 25 maxima et 13 minima un autre jour). En même temps, existaient des troubles oculaires, une rétinite albuminurique. Nous étions donc en présence d'une néphrite chronique avancée qui était passée inaperçue. Je crois que les nombreux cachets ingérés par le patient n'avaient pas été étrangers à cette aggravation. L'azotémie s'éleva à 1 gr. 38, 1 gr.70 et le malade succomba quatre jours plus tard avec de la dyspnée urémique et du coma.

Quatrième observation. — Homme de 65 ans, atteint depuis longtemps d'hypertrophie de la prostate l'obligeant à se sonder. Malgré cela, il va bien, semble-t-il. Il se plaint, cependant, de lassitude, d'asthénie, de troubles gastriques, anorexie, pesanteur stomacale, brûlures après les repas. Il consulte pour ces phénomènes. L'examen des urines révèle des traces d'albumine, attribuées et peut-être attribuables à l'affection prostatique et aux cathétérismes fréquents. A ce moment, la tension artérielle est normale, 17 à l'appareil de Potain, 16 à l'oscillomètre de Pachon. Je vois cet homme et je fais faire un examen de l'urée du sang, bien qu'il n'y eut pas de bruit de

galop et que l'albuminurie fut discutable, infime en tout cas. On constata une azotémie de 2 gr. 47, qui me fit porter d'emblée un pronostic grave. Trois semaines après, le malade mourait de coma urémique.

Voilà donc une série de quatre malades, chez lesquels on put constater une azotémie marquée. Ils avaient été soignés longtemps pour des affections autres que la néphrite et ils étaient arrivés au terme final de celle-ci avec un minimum de symptômes. Ils accusaient simplement des troubles gastriques, pour lesquels ils venaient consulter. La recherche de l'urée dans le sang, en montrant une forte azotémie insoupçonnée auparavant, a permis de porter un pronostic grave, confirmé à bref délai, dans la suite.

Considérons, maintenant, un second groupe de malades, ceux qui offrent une azotémie moyenne, oscillant autour de 1 gramme. Ici encore, je vais vous rapporter, à titre descriptif, une observation clinique.

Homme de 30 ans venant demander conseil pour un état neurasthénique. J'examinai les urines et constatai des traces d'albumine. Cette albuminurie légère était, d'ailleurs, intermittente. La recherche de l'urée du sang donna le chiffre de 0 gr. 81, quantité pas très considérable. La tension artérielle était de 18-19 à l'appareil de Potain. Je conseillai le régime hypoazoté et je refis une série d'examens de l'urée qui donnèrent. successivement 0 gr. 66, 0 gr. 60, 0 gr. 52, 1 gr., 0 gr. 95, 0 gr. 70, etc.

Lorsque le sujet se mettait au régime peu riche en azote, il allait mieux, son asthénie s'amendait. Lorsqu'il reprenait de la viande, la situation devenait plus mauvaise. Je pourrais multiplier les exemples du même genre, de patients dont l'azotémie oscille autour de 1 gramme, qui s'améliorent avec un régime hypoazoté et vont plus mal avec le régime azoté, sans offrir toutefois d'accidents graves.

J'arrive maintenant au troisième groupe de malades, ceux dont l'azotémie, inférieure à 1 gr., va de 0 gr. 40 à 1 gr., tout en oscillant plutôt autour de 0 gr. 40. Lorsqu'on constate des chiffres allant autour de 0 gr. 50, 0 gr. 60, peut-on admettre que le sujet ne fait pas de rétention azotée ? Je vous présenterai, pour cette classe de cas également, des observations recueillies dans ma pratique.

Homme de 45 ans, se déclarant bien portant, mais ayant de l'albuminurie, un peu d'asthénie, et des maux de tête, qu'il calmait par des cachets d'antipyrine, caféine, etc. Il vint me voir à l'instigation de sa famille qui l'incitait à se soigner. Je trouvai d'abord une albuminurie relativement considérable, allant de 1 à 2 gr., et je constatai une tension artérielle exagérée, de 24 à 26 à l'appareil de Potain. L'examen de l'urée du sang donna 0 gr. 56 ; le coefficient d'Ambard s'élevait à 0,137 au lieu de 0,06. Notez la discordance très marquée entre les deux épreuves, l'une presque normale (urée du sang), l'autre très anormale (constante d'Ambard). Un régime hypoazoté sévère fut institué et l'on put constater, à l'examen suivant, 0 gr. 31 d'urée du sang et 0,107 pour le rapport d'Ambard, et au troisième examen 0 gr. 38 et 0,120. La constante d'Ambard restait toujours mauvaise. Enfin, à un dernier examen, les chiffres furent de 0 gr. 35 et 0,154. Le contraste entre les deux épreuves était absolu et persistant. Malgré le faible chiffre accusé par l'examen du sang, je fis un pronostic grave. Le malade semblait encore se bien porter, mais la tension artérielle augmentait à 25-28 maxima et 16-17 minima. Un mois et demi plus tard, le patient mourut d'urémie. Dans les cas de ce genre, lorsque l'examen de l'urée du sang est normal et le rapport d'Ambard mauvais, les faits semblent donner raison à la constante d'Ambard.

Quelle importance respective, donc, accorder à l'examen de l'urée du sang et à la recherche du rapport d'Ambard ?

Pour les deux premiers groupes de cas, ceux surtout où le chiffre de l'urée est supérieur à 2 grammes, nous n'avons pas besoin du rapport d'Ambard. Vous devez alors admettre l'azotémie et porter un pronostic grave à brève échéance. Voilà un premier point. D'autre part, lorsque le chiffre d'urée est égal ou supérieur à 1 gramme, nous n'avons pas besoin non plus du rapport d'Ambard. Le pronostic est alors moyen, sérieux toutefois, sans être grave à brève échéance. Dans ces deux cas, vous pouvez fixer le pronostic par l'examen du sang seul. J'apporte, cependant, à cela une réserve, que je vous signale par un exemple encore. Je voyais, en 1912, une malade dont voici l'histoire : il s'agissait d'une femme de 31 ans qui offrait dans ses antécédents une scarlatine à l'âge de 7 ans, de l'albuminurie et de l'anasarque à l'âge de 21 ans. Après être restée huit ans bien portante, elle avait été prise de maux de tête, de troubles oculaires, d'albuminurie. L'examen du sang décela 2 gr. 49 d'urée. Devions-nous porter un pronostic grave ? Le même examen du sang, deux jours après, indiqua seulement le chiffre de 0 gr. 26. Il y a de cela deux ans, et les examens du sang faits depuis ont donné 0 gr. 25 et 0 gr. 35, c'est-à-dire la normale. La malade fit donc une rétention azotée passagère. En réalité, la signification de l'azotémie s'applique à la néphrite chronique. Elle est différente dans la néphrite aiguë, où l'on peut voir une forte azotémie disparaître rapidement. Il en est de même dans l'albuminurie gravidique, dans les néphrites toxiques, dans l'intoxication par le sublimé, par exemple. Le moyen d'éviter l'erreur, sera de recourir à une série de dosages. Si des dosages faits à 8 ou 10 jours d'intervalle montrent la persis-

tance d'une forte azotémie, le pronostic est grave. Si, au contraire, après avoir constaté 2 gr. d'urée, je suppose, vous voyez l'urée tomber, c'est que vous avez eu une azotémie passagère au cours de la néphrite.

Dans le troisième groupe de cas, ceux où l'urée du sang est à un chiffre normal, la recherche du rapport d'Ambard est indispensable pour dire si, oui ou non, il y a de la rétention azotée. Si donc, des petits troubles font penser à une rétention azotée, malgré un dosage normal de l'urée du sang, faites la recherche de la constante d'Ambard qui fixera le pronostic.

En définitive, pratiquement, vous pourrez, à l'aide de ces deux méthodes, arriver à déterminer le pronostic d'une néphrite chronique. Vous avez constaté, chez nos malades, la fréquence des troubles gastro-intestinaux. Ces malades, qui ont de la rétention azotée, font, en effet, comme l'a indiqué M. Widal, souvent une série de phénomènes morbides particuliers : du prurit, de la somnolence, des troubles gastriques, de l'asthénie. Pensez alors à l'azotémie. Ces petits signes ne sont pas indispensables. Ce qui est indispensable, c'est la recherche de l'azotémie elle-même. Elle établira le diagnostic et le pronostic. Le pronostic est grave à brève échéance quand il y a un chiffre élevé d'urée du sang ou une constante d'Ambard mauvaise avec un faible chiffre d'urée du sang. Le deuxième groupe de cas dont je vous ai parlé est plus accessible au traitement, dont la base sera le régime hypoazoté.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Un cas de sécrétion mélanique des seins. — Réinfection tuberculeuse expérimentale. — La chirurgie chez les diabétiques. — L'asystolie surrénale.

M. R. Blanchard lit à l'*Académie de médecine*, au nom de M. Vahran, H. Torkomian, de Constantinople, une note sur *un cas de sécrétion mélanique des deux seins* (mélanidrose mammaire).

Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une grande émotion, ressentit dans les seins un prurit très vif. Le lendemain, elle s'aperçut que le devant de sa chemise offrait deux grosses taches noirâtres correspondant exactement aux mamelons. A la moindre pression, les seins laissaient sourdre, par les orifices des mamelons, des gouttelettes d'une matière noirâtre, visqueuse, presque collante, ressemblant à de l'encre de Chine ou plutôt à de la suie. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort de la malade, survenue dix ans plus tard environ.

— M. Fernand Bezançon communique à l'*Académie de médecine* un travail sur la *réinfection tuberculeuse pulmonaire expérimentale*.

On sait qu'en 1891, dans une note célèbre ayant trait à la découverte de la tuberculine, Koch décrivit incidemment le curieux phénomène de réinfection qui porte aujourd'hui son nom. Il avait vu que les cobayes tuberculeux réinoculés sous la peau avec des bacilles présentaient, non pas des abcès caséeux suivis de chancre, comme le font les animaux sains, mais une sorte d'eschare suivie de cicatrisation de la plaie.

M. Bezançon, en collaboration avec M. de Serbonnes, a repris ces expériences en pratiquant des inoculations et des réinolulations par une voie plus clinique, la voie intra-trachéale. L'injection, dans la trachée d'un cobaye neuf, d'une dose d'un milligr. de bacilles de source humaine, détermine une alvéolite tuberculeuse, évoluant progressivement vers la caséification massive avec multiplication considérable des bacilles de Koch. La même inoculation faite à un cobaye ayant reçu déjà, trois semaines auparavant, sous la peau, des bacilles de Koch, produit des troubles très différents : l'animal présente une dyspnée soudaine et peut succomber, mais ordinairement il survit plus longtemps que le cobaye neuf. On observe des phénomènes d'alvéolite à tendance scléreuse, sans pullulation des bacilles.

Ces résultats expérimentaux se superposent aux constatations faites par Metchnikoff et Calmette, chez certaines peuplades de l'Afrique et de la Sibérie. Les peuplades en question, vierges jusque-là de toute contamination tuberculeuse, font une tuberculose de forme grave qui contraste avec la bénignité relative de la bacillose chez les habitants des grandes villes, exposés dès leur enfance au contact tuberculeux. Cette tuberculose des indigènes de l'Afrique et de la Sibérie offre une tendance caséeuse comme la tuberculose du cobaye neuf après injection bacillaire intra-trachéale, alors que la tuberculose des citadins a plutôt une tendance fibro-caséeuse, comme la tuberculose de réinfection chez le cobaye.

— M. Marcel Labbé lit à l'*Académie de médecine* une étude sur *la chirurgie chez les diabétiques.*

Il ne faut faire, dit M. Marcel Labbé, chez les diabétiques, que les opérations indispensables, et l'on doit être particulièrement réservé au cas de diabète avec acidose. Pourtant, il vaut parfois mieux opérer que de laisser persister et se généraliser une infection susceptible de tuer le malade.

L'opération, si elle n'est pas urgente, sera précédée d'un traitement préalable dirigé contre l'hyperglycémie et l'acidose. Immédiatement avant l'opération, on évitera le jeûne habituel et l'on fera absorber, en outre, au patient, 40 grammes de bicarbonate de soude.

Le choix de l'anesthésique a une grande importance. On s'adressera, de préférence, à l'analgésie locale par la cocaïne ou ses succédanés ; à son défaut, à la rachianesthésie lombaire. Chez les diabétiques avec

acidose, on ne doit employer ni le chloroforme, ni l'éther.

Après l'opération, on fera prendre du bicarbonate de soude par la bouche, ou, si cela est impossible, par injection intra-veineuse, à dose suffisante pour alcaliniser les urines.

— MM. JOSUÉ et BELLOIR font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*asystolie surrénale.*

Ces auteurs ont eu l'occasion d'observer quatre malades qui ont succombé brusquement après avoir présenté des manifestations d'insuffisance cardiaque. L'autopsie a montré un cœur hypertrophié avec des capsules surrénales petites et très altérées.

MM. Josué et Belloir estiment qu'il y a lieu d'établir un rapport entre les troubles cardiaques de ces malades et l'insuffisance surrénale. Selon eux, il semble qu'il existe une variété particulière d'insuffisance fonctionnelle du cœur hypertrophié résultant de l'insuffisance des glandes surrénales, d'où le nom d'asystolie surrénale.

L'asystolie surrénale s'individualiserait au point de vue clinique par la coïncidence de l'hypertrophie considérable du cœur et d'un abaissement persistant des deux pressions artérielles (maxima et minima). On trouve de plus la ligne blanche et le plus souvent de l'arythmie complète. La digitale a peu de prise sur ces cas ; par contre, l'adrénaline pourrait donner une amélioration.

P. L.

PÉDIATRIE

Sur la varicelle.

I. Varicelle du nouveau-né par contagion maternelle.

LEREBOULLET et MORICAUD rapportent (1) le cas d'une mère atteinte de varicelle, contaminant son nourrisson, qui présenta une éruption le 14e jour après sa naissance.

On admet généralement que la varicelle, comme les autres fièvres éruptives, frappe rarement les nouveau-nés avant l'âge de six mois, en raison d'une immunité transmise par la mère à l'enfant au moins pour les premières semaines, cette immunité maternelle étant due à une attaque antérieure. Or, dans le cas particulier, la mère n'était elle-même pas immunisée, puisqu'elle a contracté la varicelle tout à fait à la fin de la grossesse, trop tard pour que l'organisme de l'enfant puisse en subir les effets.

D'autre part, si l'enfant fut pris 14 jours après sa naissance, c'est que l'incubation de la varicelle varie de 16 à 17 jours.

(1) Société de pédiatrie, février 1914.

Enfin, la période d'incubation avait été caractérisée, comme d'ordinaire pour la rougeole, par une diminution de poids : l'enfant, bien portant par ailleurs, avait présenté un poids stationnaire, qui reprit seulement son accroissement normal, une fois la varicelle déclarée.

II. Vaccination contre la varicelle.

Une épidémie de varicelle sévissait à l'orphelinat de Stockolm, et C. KLING tenta des essais satisfaisants de vaccination par la méthode d'individu à individu, les pustules se laissant inoculer jusqu'à la 5e génération.

Sur 95 enfants appartenant à la division contaminée, 31 furent inoculés et parmi eux, un seul prit la varicelle. Au contraire, sur 64 non-vaccinés, on nota 40 cas de varicelle, soit plus de moitié (1).

(1) *Hygiea*, octobre 1913.

Le collargol en lavement dans les diarrhées cholériformes des nourrissons.

Se basant sur les heureux résultats de l'administration rectale du collargol dans les septicémies (Wolf), dans les cystites, GUEIT l'a employée contre les diarrhées cholériformes des nourrissons. Il utilise la *solution au centième,* aqueuse ; il en donne chaque jour deux petits lavements à garder d'un demi-verre d'eau bouillie tiédie, contenant une demi ou une cuillerée à potage de cette solution.

La fréquence des selles diminue, les vomissements cessent, et la température revient à la normale.

En même temps est instituée la thérapeutique habituelle des diarrhées : diète hydrique, bouillon de légumes ; de plus les bains salés chauds, par leur action nutritive et trophique, contribuent à relever l'état général.

L'auteur reconnaît cependant que les lavements de collargol activent la guérison ; il n'a perdu aucun des petits malades à qui ils les avaient prescrits (*Montpellier médic.*, 30 nov. 1913).

La signification clinique de l'azotémie des enfants.

L'azotémie ou hyperazotémie consiste dans la présence d'urée en excès dans le sang et dans les liquides de l'organisme. Ce syndrome azotémique semble présenter une grande importance au point de vue de la pathologie de la première enfance.

Pour rechercher l'azotémie chez le nourrisson, il est impossible d'employer le sang, car on ne peut s'en procurer que de trop faibles quantités. Cependant il est facile de prélever du liquide

céphalo-rachidien, et d'y doser l'urée, puisque, dit Widal, qui le premier attira l'attention sur ce syndrome chez l'adulte, les résultats sont comparables à ceux fournis par le sang.

Chez le nourrisson, le taux normal de l'urée dans dans le liquide céphalo-rachidien est très faible ; il est de 0 gr. 10 à 0 gr. 35 environ ; lorsqu'il atteint et dépasse 0 gr. 50, il y a rétention azotée.

L'azotémie est fréquente chez le nourrisson puisque, sur 210 enfants de 1 à 18 mois, M. Maillet l'a constatée 96 fois. Elle semble en outre constituer un symptôme grave, car sur ce nombre d'azotémiques, il se produisit 78 décès.

Toutefois l'azotémie des enfants ne se comporte pas exactement de la même façon que celle des adultes, et elle ne conduit pas à des interprétations cliniques identiques.

I. *Chez le nourrisson*, l'azotémie peut ne se manifester par aucun symptôme clinique. Maillet (Thèse Paris, 1913) ne l'a pas rencontrée au cours des néphrites caractérisées ; cependant Nobécourt (1), moins affirmatif, déclare seulement que « *les néphrites* ne sont pas la cause la plus importante de l'azotémie ».

Celle-ci apparaît dans les *affections gastro-intestinales* (elle s'accompagne de perte de poids, et surtout de troubles nerveux), dans *les broncho-pneumonies*. Il existe aussi une *forme méningée* et principalement une forme somnolente de l'azotémie, que le seul examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne permet pas de différencier de la méningite tuberculeuse ; il est indispensable de recourir à l'examen chimique.

Enfin l'azotémie à allure chronique semble être dans une certaine mesure le substratum chimique de l'*athrepsie*.

Au point de vue pronostique, ce n'est pas tant le degré de l'azotémie qui importe que sa *persistance*, et celle-ci, même à un taux d'urée relativement peu élevé, comporte un pronostic sérieux, sinon fatal.

II. *Dans la moyenne et dans la grande enfance*, l'azotémie est surtout la conséquence des néphrites. Dans les observations de Nobécourt, les taux les plus élevés d'urée ont été rencontrés dans les *néphrites aiguës* sans persister et sans assombrir le pronostic. Au contraire, les petites azotémies des *néphrites subaiguës* et *chroniques* doivent, par leur *persistance*, faire penser à une lésion profonde et progressive des reins.

Dr Fiser.

(1) *Arch. de méd. des enfants*, 1913, n° 11.

PARASITOLOGIE

Les cestodes parasites.

Les cestodes, qui comportent les tænias et les botriocéphales, font partie des vers plats ou plathelminthes. Ils se présentent sous la forme de longs rubans aplatis, segmentés, s'élargissant progressivement de leur extrémité antérieure (tête), vers leur extrémité postérieure (anneaux murs). Chaque anneau constitue, à lui seul, une individualité complète, l'extrémité antérieure, scolex, improprement dénommée tête, servant simplement d'appareil de fixation.

Anatomie succincte. — Très dégradés par le parasitisme, le ver, ou plutôt les anneaux qui le constituent, sont dépourvus de tube digestif ; ils se nourrissent par osmose à partir du chyle ; parasites, tout, chez eux, a pour but la conservation de l'espèce dans l'espace et dans le temps ; l'appareil génital y est, en effet, extraordinairement développé : chaque anneau possède un appareil génital mâle et femelle, en sorte qu'il y a hermaphroditisme, en même temps qu'autofécondation. Le vagin est situé tantôt latéralement sur le bord même des anneaux (tænia), tantôt au centre de l'anneau (botriocéphale), ce sont là des caractères importants pour la diagnose des espèces.

La fécondation effectuée, l'utérus se distend plus ou moins, se ramifie et affecte une forme caractéristique (important pour la diagnose). Chez les tænias, l'utérus est fermé, les œufs même ne sont pas expulsés par le vagin, en sorte que l'animal ne pourra pas pondre ; fait capital, qui explique l'absence des œufs de ver dans les fèces du malade. Chez les botriocéphales, au contraire, l'utérus s'ouvre par un orifice de ponte au-dessous du pore génital (vagin), caractère anatomique surnuméraire, important pour la détermination du ver, qui permet, en outre, d'expliquer la présence de ses œufs dans les matières fécales, ce qu'un examen microscopique mettra bien en évidence, et par suite, de dépister la maladie.

Evolution. — L'œuf étant mis en liberté dans les fèces (bothriocéphales) ou par l'expulsion des anneaux (tænia), doit, pour effectuer son évolution, subir une phase larvaire chez un nouvel hôte (bœuf, porc, poisson). L'œuf laisse échapper une petite larve qui quitte l'intestin et à l'aide de ses crochets va se fixer, en suivant la voie sanguine ou lymphatique, dans un organe d'élection bien déterminé (foie, muscles, péritoine, cerveau) de l'animal imparasité. A partir de ce moment où elle cesse son existence ambulatoire, elle grossit plus ou moins, devient hydropique

et aboutit finalement à une vésicule plus ou moins volumineuse, plus ou moins complexe, appelée suivant le cas, cysticerque (ladrerie), cenure, échinocoque (kyste hydatique). C'est en mangeant de la viande de bœuf ladre, insuffisamment cuite, que l'homme avalera des vésicules cysticerciques encore vivantes, qui se fixeront par leur scolex dans son intestin, grandiront peu à peu pour devenir tænia, ce qui termine le cycle évolutif du ver.

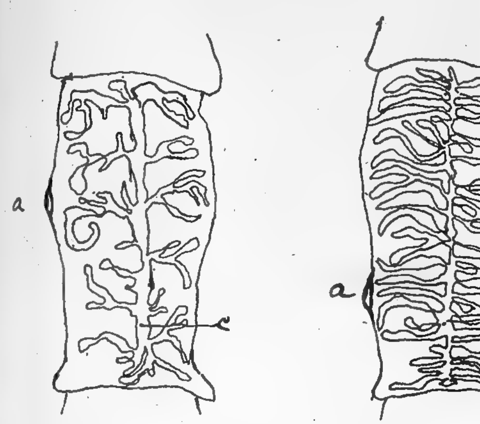


Fig. I

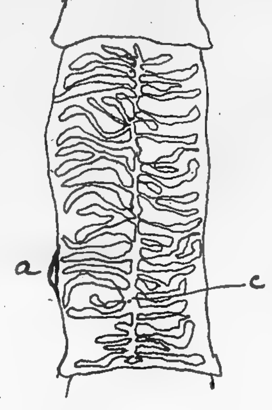


Fig. II

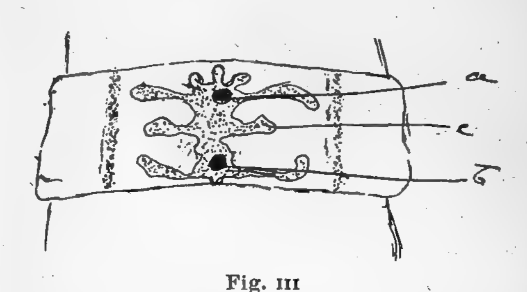


Fig. III

Anneaux adultes grossis 4 fois. *a*) Pore génital. *b*) Orifice de ponte. *c*) Utérus

Ainsi donc, l'histoire parasitologique des cestodes, si importante au point de vue éliologique, et prophylactique, est tout entière dominée par leur double parasitisme :

Un parasitisme intestinal par le ver adulte ;

Un parasitisme viscéral par la larve hydropique : cysticerque, cénure, hydatide, ce que le tableau ci-dessous synthétise de façon claire.

Intestin de l'hôte imparasité par le ver		Phase larvaire	Hôte et organes imparasités
Homme	Tænia solium	Cysticerque (ladrerie)	Muscles du porc
»	» saginata	» »	» du bœuf
»	Hymenolepis nana	» »	Péritoine des rats
»	Bothriocephale	Larves vermiformes	Muscles des poissons
Chien	Tænia cænurus	Cénure (tumeur)	Cerveau de l'homme
Chien	» ecchinococcus	Kyste hydatique	Viscères de l'homme

Les cestodes parasites de l'intestin de l'homme. — Les caractères anatomiques décrits plus haut permettront de distinguer déjà les tænias des bothriocéphales.

Tænias : scolex muni de 4 ventouses, pore génital placé sur le bord des anneaux, pas d'orifice de ponte.

Bothriocéphales : scolex pourvu de deux invaginations longitudinales, pore génital sur la face ventrale, orifice de ponte.

Tænia solium. — Ver long de 3 m. environ ; la tête quadrangulaire, qui mesure 1 mm. de diamètre, est munie de ses quatre ventouses et d'une couronne de crochets. Les *pores* génitaux alternent assez régulièrement. Les anneaux adultes, deux fois plus larges que longs, présentent un utérus médian ramifié à 7-10 branches. Pour mettre en évidence cet organe avec plus de netteté, on détachera 2 ou 3 anneaux adultes que l'on fera macérer pendant 4 à 5 heures dans le mélange suivant :

Glycérine et acide acétique... ââ

contenu dans un verre de montre.

On examinera sur fond noir avec une bonne loupe. On aura bien soin également de ne pas conserver, en attendant l'examen, les fragments de ver dans de l'alcool fort ; ce liquide, en effet, amène le recroquevillement des anneaux et les opacifie au lieu de les éclaircir.

Nous conseillons également aux débutants de dilacérer, sur une lame de microscope, l'utérus d'un anneau mûr, sortant du bain de glycérine acétique à l'aide de deux grosses aiguilles, pour mettre quelques œufs de vers en liberté. On retirera les fragments dilacérés et on examinera les œufs entre lame et lamelle, au grossissement de 300 diamètres. Il va sans dire que la technique qui précède est commune à tous les cestodes.

Les anneaux mûrs de tænia solium sont éliminés par petits rubans de 5 à 6 anneaux en même temps que les fèces. Ils sont très rarement

expulsés seuls, car ils ne peuvent forcer le sphincter anal comme cela a lieu pour le tænia saginata.

L'hôte intermédiaire du T. solium est en général le porc chez lequel il produit de la cysticercose (ladrerie) ; les cysticerques, constitués par de petites vésicules ovoïdes blanches, très nombreuses, mesurant 15 mm. de long sur 7 à 8 mm. de large, vont se fixer dans le tissu conjonctif des muscles. Le ver se rencontre rarement en France, les mesures sanitaires prises ayant permis l'élimination, dans nos abattoirs, des porcs ladres. Le parasite est d'ailleurs rapidement tué à une température de 45-50°.

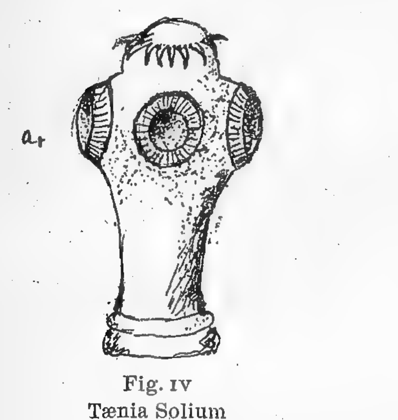


Fig. IV
Tænia Solium

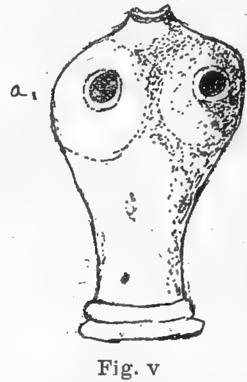


Fig. V
Tænia Saginata

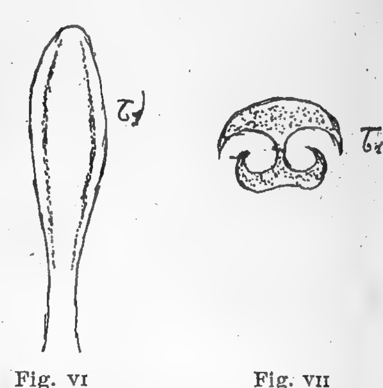


Fig. VI Fig. VII
Bothriocephalus latus

IV, V, VI. — Scolex des principaux cestodes parasites grossis environ à 30 diamètres. *a*) Ventouses. *b*) Bothridie.
VII. — Bothridie coupée transversalement.

Tænia saginata. — Longueur moyenne de 4 à 10 m. Tête piriforme, de 1 mm. de diamètre, dépourvue de rostres et de crochets. Anneaux jeunes plus larges que longs ; anneaux mûrs beaucoup plus longs que larges.

Ramifications utérines très nombreuses, grêles, dichotomiques. Les anneaux mûrs, actifs et mobiles, peuvent en se contractant quitter l'intestin en forçant le sphincter anal. On les retrouve, tels quels, dans le lit ou les vêtements de l'imparasité. A l'état larvaire, les cysticerques se localisent dans le tissu conjonctif et les muscles du bœuf où ils ne font que des lésions minimes et discrètes, ce qui explique que bien souvent la chair des bœufs ladres échappe à l'inspecteur des viandes, quand celui-ci ne procède pas à un examen minutieux. Ce fait explique la fréquence relative du T. saginata. En France pour 100 tænia saginata, on ne trouve guère plus de 30 T. solium et un bothriocéphale.

Nous laisserons de côté l'étude du dipylidium cannium, hymenolepis nana, etc.. dont l'intérêt sortirait du cadre de ce travail.

Bothriocephalus latus. — Longueur 3-8 m. Tête longue de 2-5 mm. présentant deux fossettes allongées (bothridies, l'une ventrale, l'autre dorsale). Anneaux mûrs beaucoup plus larges que longs, présentant à leur centre une tache noire due à l'accumulation des œufs dans l'utérus. Ceux-ci étant peu à peu expulsés dans les fèces, les anneaux se vident, diminuent de volume et sont éliminés sous forme de débris difficiles à identifier. Chaque anneau possède sur sa face centrale, deux orifices, le pore génital et le trou de ponte. Les œufs pourvus d'un opercule sont ellipsoïdaux, bruns, longs de 70 μ, larges de 45 μ (examiner au grossissement de 300 diamètres). L'homme s'imparasite en mangeant de la chair de poisson insuffisamment cuite. Très rare en France, on le rencontre principalement sur le littoral des lacs suisses et italiens.

Nous rappelons également que les vers plats sont parfois sujets à des anomalies : coloration grise, disparition de leur segmentation, accolement de 2 vers (tænia trièdre), etc.

PHYSIOTHÉRAPIE

Les adjuvants d'une cure thermale.

(Notes de physiothérapie clinique)

Par le Dr Raymond MOLINÉRY
(de Barèges).

« *De minimis curat medicus* ».
Pr LANDOUZY.

Décrire les indications de la cure thermale dans une station déterminée serait faire injure à nos confrères français !... Déjà un très grand nombre d'entre eux, sous le haut patronage du Professeur Landouzy (qui a réalisé le premier en France l'enseignement pratique de la *Crénothérapie*), ont parcouru nos stations cliniques et

hydro-minérales : les uns groupés dans le V. E. M., que depuis 15 ans a si bien organisé Carron de la Carrière ; les autres, (ceux-ci plus récemment) conduits par notre distingué confrère, le Dr Sellier, président de la Société d'Hydrologie et de climatologie de Bordeaux.

Si nous ne craignions d'être paradoxal, nous écririons volontiers que les sources thermales, « La Naïade » (d'aucuns disent le Casino, mais nous n'en croyons rien...) sont le *prétexte* de la cure et que le climat, l'altitude, l'héliothérapie, la mécanothérapie, l'électrothérapie, et pour tout dire en un mot, la physiothérapie, en sont *l'élément principal.*

La chose poussée à ce point serait franchement une erreur, car nos eaux sulfurées, chlorurées sodiques, arsenicales, sulfatées sodiques, magnésiennes, etc.., ont une telle vertu intrinsèque, due aux sulfuraires, aux métaux colloïdaux, aux métaux lourds, aux gaz rares, à la radio-activité, à leur minéralisation si complexe, qu'il serait puéril de ne leur faire jouer qu'un rôle secondaire : le haut enseignement du Professeur Garrigou, de Toulouse, est formel à ce sujet.

Laissons à nos confrères d'Outre-Rhin cette manière de voir.....

Cependant le paradoxe a du bon : il sert à graver dans notre esprit un « à-côté » de la question, et l'esprit français est trop délié et trop clairvoyant pour ne point voir ce qui, dans le paradoxe, est vérité. « Le paradoxe est à la vérité, ce que le sertissage est à la perle... »

Barèges est donc, comme l'a dit le Professeur Landouzy, la reine des stations sulfurées par le degré sulfurométrique de ses eaux, leur radio-activité, leur thermalité, leur teneur en barégine (ou glairine), produit organique qui est peut-être l'agent le plus actif de ses eaux, leur fixité remarquable en monosulfure de sodium, leur gamme de 15 sources diverses (1).

Mais ceci étant posé, puisque, aussi bien l'Institut hydrologique de France, de création toute récente, va appeler l'attention du Corps médical français sur les richesses thermales de notre pays, « richesses uniques au monde » (Huchard), qu'il nous soit permis d'apporter notre modeste pierre à l'édifice commun.....

Parmi les adjuvants de la cure de Barèges, nous distinguerons, si vous le voulez bien :

Les agents *naturels* dont la source est en dehors de notre volonté ;

Les agents *physiques* dont la source est sous notre dépendance ;

Les agents *moraux* ou psychothérapie.

(1) Barèges s'est fait, *depuis des siècles*, une réputation dans les suppurations osseuses ». Prof. Reclus. Leçon à la Faculté, 30 mars 1914, C. *Gaz. de Eaux*, n° 2877.

A. *Agents naturels dont la source est indépendante de notre volonté.*

Dans cette catégorie, je n'aurai pas de peine à ranger l'altitude, l'air, le soleil, le climat, — ce dernier étant une résultante des trois premiers facteurs.

1° *Altitude.* — Barèges se trouve à 1245 m. d'altitude ; c'est donc une des stations thermales les plus élevées que nous possédions en France. Il serait banal de rééditer ici ce que tout le monde connaît sur l'hyperglobulie en montagne sur le rôle hypercythémique de l'atmosphère, chargé d'un oxygène beaucoup plus pur, sur l'exagération de l'hématopoièse. Les expériences de Paul Bert, Müntz, Regnard, déjà anciennes, sont dans toutes les mémoires. Jacques Soubies les a contrôlées tout récemment dans sa « Physiologie de l'aéronaute ». Les cliniciens de Barèges, Armieux, Grimaud, Bétous, Gorsse, publient des observations toutes concordantes à ce sujet.

Il est à noter que les enfants qui appartiennent au groupe des *strumeux*, des *lymphatiques*, des *scrofuleux*, en retirent un avantage des plus remarquables, comme l'indiquent les résultats obtenus, non seulement sur des isolés qu'accompagnent leurs parents à la station, mais sur les colonies que nous envoie l'Assistance publique de Bordeaux et de Rouen. Nous avons, du reste, l'intention de prouver que Barèges doit être *une des stations d'enfants les plus qualifiées* que nous possédions en France. Deux de nos maîtres parisiens, le Professeur Landouzy, doyen de la Faculté, et Jules Renault, médecin des hôpitaux, ont émis leur opinion très nettement à ce sujet : « Les eaux sulfurées chlorurées arsenicales sont un vrai bain de mer en montagne ».

2° *Air.* — Comme corollaire à une altitude élevée se présente la pureté de l'air, « un air qui n'a pas servi », et qui n'est plus souillé comme celui de nos villes.

Aux déjections de toute nature, à l'entassement inévitable, conséquence de l'abandon de la terre, il faut ajouter les émanations désagréables dues à l'envahissement de l'automobile.

Les grandes villes, dans certains quartiers, offrent un air absolument irrespirable. Nos campagnes subiront bientôt le même sort ; seule la montagne y échappera toujours....

Ici, nous prescrivons à nos malades (comme dans les sanatoriums de l'Engadine où nous en avons été les témoins) de dormir, *toute fenêtre ouverte* ; de pratiquer chaque matin des exercices de gymnastique respiratoire ; de faire de l'entraînement, suivant la méthode du commandant Hébert. L'organisation voulue de nos promenades, l'une en plaine, dite « l'Horizontale » indique assez par son nom, son degré d'inclinaison ; l'autre « l'Allée verte », dont les lacets se dérou-



lent dans la plus merveilleuse forêt des Pyrénées, n'a qu'une rampe de 2 à 3 % ; enfin les chemins muletiers qui vont au Pioula, au Midaoü, au Pic du Midi, permettent une progresssion tout à fait scientifique. L'inspiration se fait plus profonde et si, au début, il y a une légère tachycardie, avec un peu d'éréthisme général, peu à peu tout rentre dans l'ordre ; la capacité respiratoire devient sensiblement supérieure après 3 à 4 semaines de séjour. En outre, chez tous les déprimés, l'oscillomètre de Pachon accuse un relèvement de la tension artérielle.

Nous avons pu le noter dans 85 % des cas observés (1).

3° *Soleil.* — Un été splendidement beau, qui se continue très avant durant cet automne, nous a permis d'étudier l'action du soleil, d'une façon pratique, sur 102 malades que nous avons soumis systématiquement à ce traitement. Il serait très long de résumer ici chacune de ces observations, ce n'est point là le but de notre « Revue de Physiothérapie pratique ». Nos lecteurs cherchent *le résultat des faits étudiés* et nous font confiance sur l'observation elle-même.

Il y a, tout d'abord, ce que je pourrais appeler l'*héliothérapie indirecte* ; le malade va à sa guise, passe sa journée d'une façon quelconque, exposé aux rayons du soleil ; il fait le lézard. Nul doute que l'action de la chaleur ne produise un excellent effet sur le malade.

Mais, ce que nous voulons étudier ici, après bien d'autres, c'est l'*héliothérapie proprement dite*, c'est-à-dire l'exposition du malade *à nu*, durant un temps déterminé, à des heures réglées d'avance et cela en dehors de tout établissement, aérium, solarium, etc...

Nos observations nous ont permis, d'une façon absolue, de conclure que l'action dosée des rayons solaires activait les efforts de la cure thermale, et que, dans les *tuberculoses osseuses*, les *tumeurs blanches*, les *fistules*, les vieux *foyers de nécrose*, le *lupus*, les réactions de défense de l'organisme étaient beaucoup plus intenses. Comme point de comparaison, j'ai les observations des malades eux-mêmes qui, ayant fait plusieurs séjours à Barèges, n'avaient jamais subi l'héliothérapie.

Or, cette méthode a-t-elle une base scientifique ?

Je n'en veux pour preuve que la remarquable et très complète étude du Dr Nogier, professeur agrégé de physique à la Faculté de Lyon, sur les *bases scientifiques de la thérapeutique par la lumière*.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses considérations purement physiques, cela nous entraînerait trop loin. Mais nous retiendrons le côté « thérapeutique » qui nous intéresse immédiatement.

A la question : « la peau est-elle transparente aux rayons ultra-violets » ? — l'éminent professeur répond très nettement : « non ». Ce sont les rayons *bleus* qui, en photothérapie, possèdent l'action élective que l'on sait sur les tissus nécrosés... Mais la peau est un véritable *piège à radiations*, et nous devons citer, en entier, cette phrase de l'auteur, tant elle est féconde en résultats :

« La lumière captée par la peau forme, chez « l'homme, un appoint énergétique, qui, pour « être minime, n'en est pas cependant pour cela « négligeable et qui peut devenir considérable, « quand on en fait une application systématique « en thérapeutique » (1).

Nogier, en différents chapitres, passe en revue les applications du *Bain de soleil* et étudie les cas où la mer doit être préférée à la montagne et, inversement, la montagne à la mer, pour la captation des rayons solaires. Nous demandons à nos lecteurs la permission d'insister.

Le soleil agit par ses rayons chimiques et ses rayons caloriques, mais l'action des premiers l'emporte de beaucoup sur celle des seconds. Il est donc indiqué d'ordonner le bain de lumière à tous ceux « qui *ont un capital vital insuffisant* » (tuberculeux, scrofuleux, anémiques, lymphatiques, obèses, ganglionnaires). « L'appoint énergétique donné par les radiations sera pour beaucoup le salut ».

Mais où allons-nous envoyer nos malades ? Sera-ce la mer, sera-ce la montagne qui va nous permettre de les guérir ? Voici tout entière la réponse de Nogier :

« *A la montagne*, la quantité de rayons reçue « par une surface donnée est plus grande (épaisseur moins grande de l'atmosphère) ; la quan« tité de ces rayons est un peu différente (enri« chissement du spectre en rayons de courte lon« gueur d'onde à mesure qu'on s'élève) ; une is« chémie naturelle se produit par suite de l'abais« sement de la température ambiante, facilitant « la pénétration dans la peau de l'énergie lumi« neuse.

« *A la mer*, la quantité des rayons reçue par une « surface donnée est moins grande (épaisseur plus « grande de l'atmosphère) ; le spectre est un peu « moins étendu du côté de l'utra-violet ; l'isché« mie naturelle obtenue à la montagne ne se « produit pas ou se produit peu » (2).

Mais, « cliniquement », nous savons que la mer est préférable à la montagne dans certains cas. Nous bannissons de notre station les tuberculeux cavitaires, les tuberculeux congestifs, hémoptoï-

(1) Des modifications de la P. A. pendant une cure thermale, par le Dr Molinéry, de Barèges (*Concours médical*, nos 16, 18, 1914).

(1) *Avenir médical*, juillet 1913, et suivants.
(2) *Avenir médical*, septembre 1913.

ques, les artérioscléreux, les hypertendus, toutes les maladies viscérales abdominales (hépatites, néphrites, gastropathies cancéreuses). *Et ce sont précisément ces cas où Nogier nous déconseille l'héliothérapie de montagne !*

Par contre, les maladies cutanées et osseuses, syphilitiques, tuberculeuses, traumatiques accidentelles ou chirurgicales, relèvent en même temps, et de nos Eaux sulfurées chlorurées, radio-actives et de l'héliothérapie de montagne (1).

Pratiquement, comment réaliser l'héliothérapie ?

Gaston Lyon, dans un article de *La Clinique* (nº 26, 1913), établit les règles qui doivent présider à son application.

Nous les résumerons telles que nous les avons utilisées pendant quatre mois, de juin à octobre 1913 :

1º Vérifier si le malade n'a pas de fièvre ·

2º L'acclimater d'abord à l'altitude ;

3º Commencer par 2 ou 3 séances par jour de 5 minutes chacune, le *corps*, ou la *partie du corps* à traiter, étant complètement à nu ;

4º Augmenter progressivement de cinq en cinq, minutes, pour obtenir, par jour, deux séances d'une heure chacune.

A partir de cette période, il n'y a absolument aucun inconvénient à poursuivre l'insolation et à maintenir le malade exposé aux radiations solaires jusqu'à 4 et 5 heures par jour.

(Nous avons eu en traitement un petit malade de Vincennes qui nous a été confié par le Dr Chifoliau, chirurgien des hôpitaux de Paris (arthrite traumatique du genou suppurée) qui a supporté son bain de soleil, deux heures le matin et trois heures le soir, du 1er au 20 octobre. Le résultat a été aussi satisfaisant que possible).

On nous objectera qu'en montagne, on ne peut absolument exposer les malades aux regards indiscrets des promeneurs. Je répondrai que la montagne est vaste, que, avec un peu d'habitude, on peut diriger les baigneurs d'un côté ou de l'autre et qu'enfin, « c'est une habitude à prendre. » (Voir le Collège d'Athlètes du commandant Hébert)... Au reste, dans bien des cas, les dispositions des chambres d'hôtel ont permis l'application de ces principes, à la satisfaction de tous.

Gaston Lyon et Nogier sont tous deux d'accord dans l'indication des heures où doit se prendre le bain de soleil. « Quand on veut faire de l'héliothérapie vraiment efficace, il faut choisir entre 10 heures et 15 heures ».

Les conclusions de Gaston Lyon et de Nogier m'autorisent à apporter les miennes, si modestes soient-elles :

(1) « Il n'est pas un coin de la France où l'héliothérapie ne soit possible, et elle sera plus particulièrement utilisable dans les pays qui possèdent déjà d'autres ressources thérapeutiques (Cf. *Gaz. des Eaux*, nº 2877, 1914. Prof. Reclus. Leçon à la Faculté, 30 mars 1914.)

L'héliothérapie à Barèges, à 1250 m. d'altitude, constitue un adjuvant des plus précieux à la cure thermale.

L'héliothérapie a une influence des plus nettes sur les *lésions tuberculeuses* et sur les *tuberculeux*.

Dans une thèse toute récente (Bordeaux 1913) le Dr Lamaison constate que « l'héliothérapie est, éminemment tonique et son action sur les lésions profondes, analgésique, bactéricide, sclérosante ». Or, toutes les tuberculoses locales relèvent de l'héliothérapie, à une condition : s'il y a coexistence d'une lésion pulmonaire, que celle-ci soit apyrétique. La peau étant un « piège à radiations », suivant la très jolie et très heureuse expression de Nogier, nous avons noté que l'*amélioration a été en raison directe de la pigmentation*. Le degré de celle-ci, plus ou moins rapidement obtenu, plus ou moins intense, nous a servi de base, à maintes reprises, pour établir un pronostic qui était d'autant plus favorable que la surpigmentation était plus intense.

Comment se manifeste l'action combinée des eaux thermales sulfurées sodiques, chlorurées arsenicales et de l'héliothérapie en montagne ?

Le relèvement de l'état général est ce qui frappe immédiatement le malade et son entourage. Dès le troisième ou quatrième jour de traitement (c'est un fait qui peut paraître invraisemblable, mais nous en appelons à tous les observateurs) il y a une « euphorie » qui se traduit par un sommeil meilleur et un appétit relevé. « Je ne suis plus le même », avouent tout joyeux les malades. Et si vous prenez leur pression artérielle, vous constatez, en effet, que l'oscillation est plus franche et que déjà la formule P. Mx : P. Min a varié. Pour nous, l'appareil de Pachon nous a permis de suivre, pas à pas, pourrions-nous écrire, les variations de pression et nous ne saurions trop en recommander l'usage aux praticiens véritablement soucieux de substituer à l'ancien empirisme, les méthodes que la science contemporaine a mises à notre disposition.

Bientôt après le relèvement de l'état général, on note (quelquefois parallèlement, mais c'est rare), une amélioration de l'état local. Diminution des prurits, assouplissement du membre, tarissement de la fistule. La chose la plus surprenante est, à notre avis, la guérison sans ankylose, *avec intégrité des mouvements*, des tumeurs blanches du genou, des tuberculoses tibio-tarsiennes, des coxalgies, etc., dont les fistules remontent quelquefois à des années. Cayre (de Berck), Gaston Lyon, etc., ont fait les mêmes constatations (1). *(A suivre.)*

(1) « Les eaux sulfurées et *Barèges particulièrement* sont plus cicatrisantes des plaies et des trajets fistuleux ». Prof. Broca, Leçon à la Faculté, mars 1914. Cf. *Gaz. des Eaux*, nº 2877.

VACCINOTHÉRAPIE

L'A. B. C. de la typhovaccination,

Par le Dr Kolbé (de Châtel-Guyon).

La loi sur la vaccination antityphoïdique obligatoire dans l'armée, proposée par le Dr Léon Labbé, adoptée par le Sénat, le 23 déc. 1913, a été votée par la Chambre des Députés le 23 mars dernier. Celle loi a une importance considérable pour la lutte contre la fièvre typhoïde ; elle a encore son intérêt pour les médecins praticiens, les médecins civils, en général, comme on le verra par les quelques considérations ci-dessous. En effet, dans la discussion qui a suivi le projet de loi, le Gouvernement a dû promettre que la *vaccination antityphique restait réservée au choix facultatif du médecin militaire,* tout en étant *obligatoire pour le soldat.* Cette loi demande désormais pour l'application une réglementation complémentaire et le moment me paraît tout indiqué pour attirer d'urgence l'attention de la Presse médicale et des groupements syndicaux médicaux sur quelques points qui ressortissent au jugement de la conscience médicale, laquelle ne vise que l'intérêt de la personne qui a eu recours à elle, et qui vise aussi au respect de la personnalité du citoyen.

L'utilité de la typho-vaccination est aussi indiscutable que celle de la vaccination antivariolique. Il est donc bien entendu que l'Etat, le corps médical, le grand public et les autorités municipales doivent lui prêter un concours franc, sans oublier que la typho-vaccination obligatoire ne dispense nullement de la lutte antityphoïdique par l'amélioration des eaux potables, de l'hygiène des habitations, de la surveillance des denrées alimentaires, etc.

En dehors des *indications générales, la typhovaccination* a cependant *des indications particulières* et encore des *contre-indications.* Nul autre que le *médecin habituel de la famille* n'est capable de bien *connaître ces indications,* surtout ces *contre-indications,* et n'est mieux en mesure de choisir le moment opportun de cette opération préventive, pour la pratiquer en se mettant à l'abri de tout incident fâcheux.

Parmi les contre-indications, il y en a une très sérieuse, c'est la tuberculose ancienne ou latente. Or, c'est le médecin praticien, le médecin de la famille qui peut seul posséder, pour un diagnostic aussi difficile, des renseignements antérieurs et précis sur l'état de santé des futurs vaccinés et sur leur résistance à l'égard d'un choc provoqué par l'application de cette mesure.

C'est donc le *médecin praticien lui-même* qui devrait pratiquer la typho-vaccination avant *l'incorporation des soldats* ; en agissant ainsi, il ne ferait d'ailleurs qu'appliquer la méthode suivie dans la vaccination jennérienne. Telle est la première conclusion imposée par la logique et par les coutumes anciennes. Ce n'est pas tout.

Chacun sait, et beaucoup par expérience personnelle, que la première année du service militaire, grâce aux fatigues supportées par les jeunes recrues, souvent mal entraînées, et grâce à la fréquence des maladies qui frappent les jeunes soldats (rougeole, oreillons, etc.), est précisément celle qu'il faudrait éviter pour procéder dans les meilleures conditions possibles à cette vaccination préventive.

Comme corollaire des propositions ci-dessus, il me semble que les médecins civils ayant procédé à la typho-vaccination des jeunes gens à l'aide d'un vaccin dûment autorisé par l'Etat, devraient posséder le droit de rédiger des certificats signalant que la recrue incorporée a reçu depuis moins d'un an, par leurs propres soins, la série totale des injections vaccinantes contre cette maladie, ou bien que le jeune homme visé a été atteint et guéri, depuis moins de trois ans, d'une fièvre typhoïde légitime. Dans ces deux cas, la vaccination préventive au moment de la venue au régiment serait considérée comme inutile.

Nous pourrons espérer qu'au XXe siècle, la fièvre typhoïde disparaîtra peu à peu des pays civilisés, grâce à la vaccination, comme le XIXe siècle a vu disparaître la variole par la vaccination correspondante.

***

Il est triste de constater qu'une *maladie évitable* fauche aujourd'hui encore d'innombrables existences à la fleur de l'âge, entre la quinzième et la trentième année. On prétend qu'il suffit d'organiser une lutte systématique contre la fièvre typhoïde, surtout par l'assainissement des habitations et l'épuration des eaux potables ; mais est-il possible d'avoir toujours et partout de l'eau pure ? D'ailleurs la prophylaxie de la fièvre typhoïde n'est pas représentée uniquement par la pureté de l'eau. Les *porteurs de germes,* aujourd'hui bien connus, restent toujours des propagateurs souvent inconscients et involontaires de la maladie. Combien de mères donnent-elles la maladie inconsciemment à leur unique enfant défendu cependant par tous les moyens possibles et imaginables contre la contagion ?

Les recherches d'un vaccin antityphique datent de 1887. Ce fut à cette époque qu'un auteur espagnol, M. Ferran, montra que des injections à petites doses de bacilles typhiques vivants et virulents, faites à des animaux et à l'homme les rendaient plus résistants contre le virus de la fièvre typhoïde. Cette immunisation à l'aide des microbes vivants et non atténués était trop dange-

reuse. Il fallait *atténuer* les microbes, mieux encore, les rendre « inoffensifs ». En les *atténuant*, on procédait comme l'avait fait en premier Pasteur pour la vaccination anticharbonneuse. Pour le bacille d'Eberth, nous avons encore aujourd'hui des *vaccins atténués* par le chauffage à 53° (Castellani), ou par la *sensibilisation*, sur lesquels nous n'insistons pas (Metchnikoff, Besredka). Le pouvoir de vaccination de ces vaccins atténués et sensibilisés est incontestable ; mais il est toujours à craindre que l'injection d'un virus vivant puisse être suivie (surtout en cas d'épidémie, et chez un sujet prédisposé) d'une fièvre typhoïde. Cela pourra être souvent l'effet d'une simple coïncidence, mais comment le médecin se défendrait-il contre l'accusation que la maladie a été transmise par l'injection vaccinante ? Aujourd'hui où l'on accuse si souvent le médecin devant les tribunaux de ne pas avoir fait tout le nécessaire, ou d'avoir fait trop de zèle, il est bon de pouvoir se défendre contre le client !....

Il nous semble donc que le médecin praticien doit s'adresser pour la vaccination à un vaccin inoffensif, efficace, dont les *bacilles typhiques sont stérilisés.* Cette stérilisation s'obtient soit par la chaleur (Chantemesse), soit par les antiseptiques (acide phénique et formol), soit par le chloroforme, soit par l'éther (Vincent), soit enfin par les rayons ultra-violets, etc.

Les premières expériences sur la possibilité de vacciner efficacement contre le virus de la fièvre typhoïde les animaux de laboratoire, sensibles à cette infection, par les bacilles tués par la chaleur, datent de 1888 et sont dues à Chantemesse et Widal.

Préparation du vaccin. — En France, on connaît dans la pratique surtout deux vaccins préventifs antityphoïdiques, celui du Prof. Vincent, préparé au Laboratoire du Val-de-Grâce et celui du Prof. Chantemesse, préparé au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine.

Le vaccin du Prof. Vincent, dit *polyvalent*, se flatte de vacciner contre la vraie fièvre typhoïde et contre les infections paratyphoïdiques. Le vaccin du Prof. Chantemesse est *monovalent* ; c'est la préparation d'une seule race de bacilles typhiques , dont la virulence est conservée par la culture en sacs de collodion dans le péritoine de diverses espèces animales.

Culture sur gélose de 18 heures à 37° à l'étuve, contrôle de la pureté, numérotage, stérilisation dans un bain-marie, à 56°, pendant une heure.

La numération des bacilles se fait comme celle des globules rouges du sang, et avec la technique classique. Une fois qu'on connaît exactement le nombre des bacilles renfermés dans un centimètre cube de l'émulsion mère, il suffit de la diluer dans une quantité d'eau physiologique stérilisée (NaCl, 0,70 %) et créosolée à 0,30 % suffisante pour que l'*émulsion nouvelle, stérile et aseptique, contienne juste douze cent millions de bacilles typhiques morts par centimètre cube.*

Cette émulsion représente le vaccin injectable ; la petite quantité de crésol doit le préserver de l'infection accidentelle. On doit conserver le vaccin à l'abri de la lumière, dans un endroit frais. Lorsqu'on doit l'envoyer dans les tropiques, il faudra le mettre dans une chambre frigorifique, qui ne manque plus sur aucun paquebot moderne. Le vaccin conserve dans ces conditions toutes ses propriétés vaccinantes pendant 4 à 6 mois.

On a beaucoup discuté sur la valeur respective des deux vaccins ; or, il est bon de savoir que l'immunité obtenue par les deux vaccins est absolument identique.

Personnellement, nous préférons le *vaccin monovalent chauffé* du Prof. Chantemesse, qui a donné des résultats remarquables en France et à l'étranger, sans aucun accident, et qui obtint des résultats indiscutables auparavant dans les armées anglaise, japonaise, allemande et nord-américaine, quoique préparé par d'autres bactériologistes. On peut se demander si un vaccin *polyvalent est nécessaire ou utile* pour donner une immunisation *solide* contre la typhoïde et la paratyphoïde, si l'on ne réclame pas de l'organisme du vacciné un effort considérable pour supporter le double vaccin, en lui imprimant une secousse qui n'est pas toujours sans inconvénient. C'est peut-être ainsi que s'expliquent certains accidents après le vaccin de Vincent, même chez des sujets vigoureux, comme le sont en général les jeunes soldats !

Technique de la vaccination antityphoïdique par le vaccin monovalent chauffé. — On obtient au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine ce vaccin enfermé dans de petites ampoules semblables à celles qu'on emploie journellement pour l'injection de la morphine, de la caféine, de la spartéine, etc. Lorsque le praticien n'a qu'un seul sujet à vacciner, il usera ainsi une boîte de quatre ampoules. Les ampoules possèdent une chambre à air assez volumineuse pour assurer l'homogénéité du vaccin par agitation.

Les résultats de la vaccination. — Nous ne reproduirons pas la longue série des statistiques officielles des armées en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, au Japon, en Espagne, en Belgique, etc. Le résultat est uniforme et concluant. Les vaccinés qui font partie des mêmes équipages que les non-vaccinés, qui habitent les mêmes régions, qui s'exposent aux mêmes plaisirs, aux mêmes fatigues, au même régime alimentaire, qui, en somme, partagent la vie commune avec leurs camarades non vaccinés, ont été protégés contre la fièvre typhoïde d'une façon remarquable. Ainsi pour le

vaccin Chantemesse, voici le résultat global, d'après les statistiques officielles des ministères de la marine et de la guerre. Ont été vaccinés avec le vaccin Chantemesse 8.000 hommes dans l'armée et dans la marine, non seulement dans les contingents métropolitains, mais en Tunisie, en Algérie, et au Maroc. Pendant la vaccination, aucune permission de repos d'infirmerie n'a été nécessaire ; aucun inconvénient immédiat ou tardif n'a été signalé ; après la vaccination, *aucun* malade typhoïdique parmi les vaccinés, beaucoup parmi les non-vaccinés, puisque la morbidité était : 1 pour 120. D'ailleurs le Prof. Chantemesse a reçu 14.000 lettres de renseignements de France et de l'étranger sur son vaccin antityphique. Le résultat favorable pour le vaccin préventif est concluant : il n'est pas aussi uniforme pour le vaccin curatif, ce qui ne doit étonner personne, mais nous ne nous occupons pas pour le moment du *vaccin curatif.* (*Bactériothérapie antityphoïdique*).

La vaccination antityphique confère l'immunité à l'égard de la fièvre typhoïde pour une durée de temps qu'on ne connaît pas encore bien. D'une façon schématique, on peut admettre une immunité de 5 ans. D'ailleurs, il est possible de contrôler facilement une immunité par le sérodiagnostic au moyen des appareils qui permettent de le faire *macroscopiquement* (*séro-agglutinomètre macroscopique et mensuratif des Drs Chantemesse et Rodriguez,* par exemple). Si la réaction devient à la longue douteuse ou négative, on n'a qu'à faire une *seule* injection de vaccin qui, dans la majorité des cas *réchauffe les réactions humorales agglutinantes.*

Ce réchauffage sera utile à ceux qui partent pour des explorations, des guerres, pour combattre des épidémies typhiques, etc.

Instruction pour l'emploi du vaccin antityphoïde. — Ne vacciner que les personnes bien portantes.

Ne pas vacciner celles atteintes de fièvre, même légère, ni celles qui portent des marques de tuberculose.

Les femmes doivent être vaccinées en dehors de la période menstruelle ; la grossesse n'est pas une contre-indication à la vaccination.

La dose nécessaire pour la vaccination d'un adulte bien portant, d'embonpoint ordinaire, pesant 65 kilogs, est de 2 milliards et demi de bacilles typhiques répartis en quatre injections, faites à 7 jours d'intervalle au minimum et 14 jours au maximum.

Injecter la première fois, 1/4 de centimètre cube ;

La deuxième fois, 1/2 centimètre cube ;

La troisième fois, 3/4 de centimètre cube ;

La quatrième fois, 1 centimètre cube.

L'enfant de 12 ans reçoit à chaque injection 1/2 dose, celui de 15 ans, 3/4 de dose, etc.

Conserver le vaccin à l'abri de la lumière et de la chaleur. Tout flacon débouché ne doit être utilisé qu'une seule fois pour une ou plusieurs vaccinations.

Assurer l'homogénéité du vaccin par l'agitation du flacon.

Se servir d'une seringue exactement calibrée et stérilisée par l'eau bouillante.

Pratiquer l'injection dans la région deltoïdienne, un peu au-dessus de l'insertion intérieure du deltoïde en alternant le bras gauche avec le droit. Badigeonner la région avant et après l'injection avec un peu de teinture d'iode fraîche. Entre chaque injection, stériliser à nouveau l'aiguille et la seringue en aspirant de l'eau bien bouillante, ou mieux changer de seringue.

Pratiquer la vaccination de préférence le soir vers 5 heures. Les vaccinés doivent dîner légèrement, s'abstenir de boissons alcooliques et prendre avant de se coucher un cachet d'antipyrine d'un gramme. Le cachet d'antipyrine n'est pas indispensable. Nous ne l'avons pas pris nous-même, quoique nous ayons été vacciné à l'âge de 48 ans.

On sait que le sujet réagit d'autant plus à l'injection bactérienne qu'il est plus âgé et qu'il a plus de risques d'avoir les organes de défense amoindris et les émonctoires touchés.

Les réactions immédiates de la vaccination. — Les réactions immédiates de la vaccination après l'emploi du vaccin Chantemesse chez les sujets sains et vigoureux, tels que les soldats, sont insignifiantes, puisque nous savons déjà qu'ils n'ont pas interrompu leur service militaire.

Cependant on peut observer des réactions quelquefois fortes avec d'autres vaccins, et la réaction post-vaccinale varie suivant le sujet et ses moyens de défense. Elle est nulle chez certains sujets, très prononcée chez d'autres ; elle peut augmenter ou diminuer avec la progression des doses dans les injections successives. Il n'y a pas de règle fixe pour la réaction.

Lorsque la *réaction* est *faible,* elle est uniquement locale, à l'endroit de l'injection ; il y a alors du gonflement, de la rougeur et de la douleur, qui disparaissent de 24 à 48 heures après.

Dans la *réaction moyenne,* en dehors de la réaction locale, on observe pendant 24 heures un peu de céphalée, de la courbature, une élévation de la température d'un demi à un degré.

Dans la *réaction forte,* la céphalée, l'abattement, sont considérables ; on peut noter des nausées et des vomissements et une température de 38 à 38,5. Ces phénomènes ne durent en général que 24 heures.

La réaction faible est pour ainsi dire la règle. *Pour notre part, nous n'avons jamais observé, avec*

le vaccin Chantemesse, une réaction moyenne ni forte.

Indications particulières de la vaccination antityphique. — Il y a des conditions de la vie où les chances de contracter la fièvre typhoïde augmentent, et c'est en prévision de cela qu'il faudrait se faire vacciner. Notons, en premier lieu, le service militaire, surtout dans les colonies et dans les campagnes de conquête et de colonisation. Les étudiants en médecine, les infirmiers, les médecins, sont très exposés, eux aussi. Il faut encore insister sur la nécessité de la vaccination préventive pour les explorateurs, les jeunes mariés en voyage de noces, etc. L'eau minérale recommandée en voyage, théoriquement aseptique, peut être adultérée, ce qui arrive même en plein Paris pour les eaux minérales françaises, pourtant surveillées par les Compagnies des eaux et les propriétaires des sources.

Pour les sujets qui ont déjà eu la fièvre typhoïde , la vaccination complète n'est pas indispensable. On peut *réchauffer* leur immunité, lorsque la séro-réaction devient négative, par une *seule injection* de vaccin.

Contre-indications de la vaccination antityphique. — Il faudra éviter la vaccination antityphique chez les albuminuriques, chez les tuberculeux, chez les sujets affaiblis, chez les femmes pendant la menstruation, chez les convalescents.

Faut-il vacciner les individus se trouvant en pleine épidémie ? Oui, l'expérience a démontré qu'on peut et qu'on doit même le faire. On risque bien de tomber sur un sujet en incubation typhoïdique, mais alors, la vaccination atténue l'évolution de la maladie.

En résumé, la vaccination faite prudemment n'a aucun danger immédiat ni lointain, ne donne pas de troubles sérieux de la santé, ne force pas à des interruptions du travail. Les personnes, hommes, femmes, enfants, même en bas-âge, comme les nourrissons, supportent admirablement la vaccination, et sont beaucoup moins aptes à contracter la fièvre typhoïde que les non-vaccinés. Si elles la contractent, la maladie est légère, comme chez les vaccinés contre la variole, quand ils sont atteints de cette dernière maladie.

Conclusions. — *La vaccination antityphique est efficace, elle n'est jamais dangereuse, à la condition de respecter quelques précautions d'ailleurs simples ; elle doit être appliquée sur une grande échelle, elle est une des plus belles conquêtes de la prophylaxie des* « maladies évitables. » *Avec les progrès de la vaccination antityphique, la fièvre typhoïde disparaîtra peu à peu des pays civilisés, car l'homme cessera de recevoir et de multiplier le germe typhique qui contamine les terres et les eaux et reste ainsi en circulation nosogène.*

THÉRAPEUTIQUE

Pronostic et traitement de la diarrhée.

Le pronostic de la diarrhée dépend essentiellement de sa cause. Cependant quelques données générales doivent toujours être présentes à l'esprit du médecin et diriger son pronostic. C'est ainsi que l'âge du malade, sa vitalité, l'abondance et le caractère infectieux de la diarrhée ont une grande importance. Le nourrisson, le vieillard, le débilité sont rapidement anémiés et abattus par ce symptôme intestinal. Une diarrhée fréquente, en privant les tissus d'une quantité d'eau nécessaire à leur vitalité et à leur fonctionnement, a pour conséquence un abaissement de la tension artérielle, une diminution sensible de la quantité des urines, un amaigrissement rapide et un affaiblissement général. L'anurie, le refroidissement périphérique, la tendance au collapsus, s'observent assez souvent et le pronostic en est singulièrement assombri.

En règle générale, il faut toujours réserver le pronostic, quand on constate l'existence de selles rouges ou noires, indices d'hémorrhagie intestinale, de selles longtemps décolorées, argileuses, indices d'obstruction du cholédoque ou d'acholie, de selles vertes dans la diarrhée infantile, de selles très fétides quand elles apparaissent dans la typhoïde et la tuberculose, car elles peuvent marquer le développement d'une gangrène intestinale. De même la présence de pus, de grains riziformes, la lientérie imposent un pronostic sérieux.

Par contre, la diarrhée peut parfois être d'un pronostic favorable lorsque, par exemple, elle apparaît dans certaines affections où l'on attend une défervescence et une sorte d'exutoire naturel.

Ainsi, quand elle correspond à la disparition d'un hydrothorax, d'une ascite, qu'elle coïncide avec la fin d'un accès de goutte ou de rhumatisme, d'une crise d'urémie, de même à la ménopause, chez les cardio-rénaux, chez les vieillards scléreux, certaines diarrhées sont plutôt favorables et doivent être respectées.

Mais quand la diarrhée apparaît en tant que symptôme surajouté et dans le cours d'un état morbide, elle peut être d'un fâcheux augure, par exemple lorsqu'elle complique une fièvre éruptive, surtout variole et scarlatine, lorsqu'elle se prolonge dans la convalescence de la fièvre typhoïde et quand elle apparaît chez le tuberculeux.

Telles sont les grands points sur lesquels il faut se baser pour porter un pronostic en présence d'une diarrhée. On voit, par l'énoncé pathogénique précédent, que la diarrhée réclame

souvent un traitement énergique. Il faut, d'une part, tarir cette déperdition aqueuse prolongée, d'autre part, détruire l'infection intestinale et calmer les douleurs, enfin reconstituer l'état général affaibli.

Dans les diarrhées aiguës, graves, il faut souvent mettre le malade à la diète hydrique pendant 24 à 48 heures. Contre les douleurs abdominales, rien ne vaut les opiacés. On donnera deux à 4 comprimés de pantopon par jour, ou bien, s'il y a des vomissements, une ou deux injections souscutanées d'une ampoule de pantopon. Cet opium total soluble, ou, si l'on préfère, ce médicament constitué par tous les alcaloïdes de l'opium, est un agent sédatif, antisécrétoire, hypnotique supérieur à l'extrait thébaïque (pantopon Roche, sirop et comprimés, ou à la morphine, Pantopon Roche, ampoules) et n'a pas les inconvénients redoutables de ces substances médicamenteuses. Aussi, peut-on l'utiliser sans inconvénients chez l'enfant. Par ce traitement, la diarrhée cesse en 48 heures et souvent, dès les premières prises du remède ; c'est pourquoi les auteurs le préconisent dans n'importe quel cas de diarrhée aiguë qui n'est pas à respecter.

Dans les crises douloureuses qui surviennent au cours de l'entérite chronique mucomembraneuse, nous croyons qu'il faut être sobre d'opium, la belladone doit être préférée. Mais on constate de bons résultats avec l'utilisation des lavages intestinaux formulés de la façon suivante :

Thigénol Roche	50 gr.
Eau bouillie	100 gr.

On verse une cuillerée à soupe de cette solution dans un litre d'eau tiède et on fait avec ce mélange un lavage journalier d'intestin. Très souvent, par ce procédé, les douleurs s'atténuent et il existe une désinfection intestinale immédiate le thigénol exerçant sur les putréfactions des effets empêchants véritables. Il faut savoir que cette entéroclyse amène une élimination considérable de glaires et que, peut-être, c'est là la raison de la disparition observée des crises douloureuses.

Dans tous les autres cas de douleur entéritique avec diarrhée, le pantopon doit être utilisé. C'est le meilleur moyen sédatif, anti-sécrétoire, que nous ayons à opposer aux diarrhées rebelles à moins que celles-ci ne soient des symptômes nets de maladies spécifiques comme la diarrhée palustre, la diarrhée syphilitique, et celle qui est causée par les vers intestinaux. La quinine, le mercure, les vermifuges, correspondront à chacune de ces étiologies. Quant à la diarrhée des hystériques, l'isolement et la suggestion devront être mis en œuvre concurremment avec le pantopon qui, dans ce cas encore, agit sur l'élément névropathique général et local.

Dr FOUSSAL.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

L'incubation des maladies infectieuses.

Les *Annales médico-chirurgicales du Hainaut* donnent, dans leur numéro de janvier 1914, un tableau des *périodes d'incubation des maladies infectieuses.*

Un des éléments de diagnostic qu'un médecin doit toujours avoir présent à l'esprit quand il s'agit de maladie infectieuse est la durée de la période d'incubation de l'affection soupçonnée. C'est tout un tableau fastidieux qu'il faut sans cesse avoir présent à la mémoire ; aussi croyons-nous faciliter un peu la tâche du praticien en publiant dans le tableau ci-dessous la durée moyenne et les durées extrêmes de l'incubation de diverses maladies infectieuses :

Maladie	Moyenne	Minimum	Maximum
—	—	—	—
Anthrax	2 jours	1 jour	3 jours
Blennorrhagie	3 »	2 jours	7 semaines
Chancre	2 »	1 jour	3 jours
Choléra	3 »	1 »	6 »
Coqueluche	8 »	2 jours	8 »
Diphtérie	2 »	2 »	15 »
Dysenterie	3 »	1 jour	5 »
Erysipèle	5 »	7 heures	22 »
Fièvre de vac n	3 »		
Fièvre interm.	6 »	5 jours	7 »
Fièvre jaune	3 »	12 heures	7 »
Fièvre typhoïde	14 »	2 jours	21 »
Grippe	3 »	1 jour	5 »
Oreillons	15 »	7 jours	30 »
Paludisme	8 »	4 »	quelques mois
Peste	2 »	10 heures	12 jours
Pneumonie	brusquement	brusquement	2 »
Rage	20 jours	3 jours	18 mois
Roséole	18 »	5 »	21 jours
Rougeole	10 »	4 »	14 »
Scarlatine	4 »	7 heures	7 semaine
Syphilis	3 semaines	10 jours	50 jours
Tétanos	2 jours	2 heures	35 »
Typhus	12 »	? ? ?	33 »
Varicelle	14 »	13 jours	19 »
Variole	12 »	7 »	15 »

CORRESPONDANCE

En vue d'une réforme urgente.

Les certificats médicaux de décès.

Par le docteur Ed. CROUZEL, de La Réole.

J'ai été frappé par la fréquence des erreurs signalées par les journaux de certificats médicaux de décès dont les conclusions sont démenties par les faits d'empoisonnement, de suicide ou d'assassinat ; d'où stupéfaction bien légitime du public.

Il est certain que la difficulté est grande de se prononcer exactement sur les véritables causes de mort subite, chez une personne en bonne santé apparente, lorsqu'il n'existe pas de signes extérieurs capables d'éclairer le diagnostic.

Le médecin appelé à constater le décès se contente, en général, de faire figurer sur son certificat une cause assez fréquente et assez connue du public (rupture d'anévrisme, embolies, syncope, etc.). Si le praticien appelé est le médecin habituel du décédé, l'erreur est plus facilement évitable, puisqu'il connaît les principaux antécédents de son client. Dans le cas contraire, les signes extérieurs sont, d'habitude, bien insuffisants, pour établir un diagnostic ferme.

Dans l'intérêt de la justice et aussi un peu de la bonne renommée du corps médical, il serait, je crois, à désirer que, lorsque cela est possible, le médecin du décédé soit appelé, de préférence, pour effectuer cette formalité, ou tout au moins, à donner son avis au médecin chargé de ce soin. Dans tous les cas, tout médecin sollicité pour cette formalité en apparence insignifiante, mais quelquefois sérieuse, agirait prudemment en s'entourant de tous renseignements médicaux et extra-médicaux capables de l'éclairer exactement sur les causes véritables de la mort du défunt.

Cette enquête, effectuée avec toute la discrétion nécessaire et dirigée différemment selon les cas, aurait pour effet principal de prévenir des crimes (empoisonnements ou meurtres) par la crainte de cette formalité exécutée sérieusement et avec toutes les apparences d'exactitude et de rigueur dont la médecine légale est capable.

Dans les cas suspects, le praticien devrait demander, pour se couvrir, la collaboration d'un médecin légiste expérimenté ; mais, même dans le cas où l'autopsie s'imposerait, le médecin habituel du défunt devrait être consulté. La tâche de l'expert de la justice serait grandement facilitée et ses conclusions n'en auraient que plus de valeur et plus de poids dans la balance de Thémis. La signification des statistiques, actuellement un peu bien décevante, ne pourrait qu'y gagner au point de vue de la portée scientifique de celles-ci.

Réponse.

Nous sommes d'un avis diamétralement opposé à celui de notre distingué collaborateur. Jamais, à notre sens, le médecin traitant ne doit établir le certificat de décès de ses malades.

L'article 378 du Code pénal sur le secret professionnel le lui interdit absolument, et la Cour de Cassation, on ne saurait trop le répéter, s'est récemment prononcée à nouveau pour l'absolutisme du secret professionnel.

Cette question a d'ailleurs été longuement traitée dans le *Concours* — 1914, nº 9, p. 574. — Sans y revenir à nouveau, nous renvoyons à cet article notre confrère le Dr Crouzel.

Les embaumements.

Si ma demande n'était pas indiscrète, je vous demanderais si parmi vos collaborateurs *de Paris* vous ne pourriez en trouver un qui voulût bien publier dans le *Concours* au point de vue *pratique* un article sur les *embaumements* ?

Je crois qu'un tel article intéresserait non seulement les *médecins des grandes villes du Sud de la France* ainsi que ceux des *villes d'eaux*, mais encore nos confrères des villes de province (tourisme de plus en plus grand), nous n'avons pas toujours sous la main un *spécialiste* de l'embaumement ; aussi une bonne *description pratique complète nous serait-elle utile* ?

Dr St-R.-B.

Réponse.

Si vous voulez bien vous reporter au nº 31 du 4 août 1912, vous trouverez, page 910, un article complet sur la question qui vous préoccupe.

L'assistance médicale dans les Côtes-du-Nord. Un succès syndical.

On nous adresse la coupure d'un journal local qui nous donne l'information suivante :

On sait que les médecins des Côtes-du-Nord, à l'exception de ceux habitant le canton de Ploubalay, avaient demandé au Conseil général de revenir sur les clauses du nouveau règlement concernant l'assistance médicale gratuite — clauses qu'ils jugeaient inacceptables.

Le corps médical posait les conditions suivantes à la continuation de ses services :

1º Maintien du tarif kilométrique à 0 fr. 50 par kilomètre parcouru à l'aller comme au retour, double pour la nuit, jusqu'au 10e kilomètre inclus, avec réduction de moitié au-dessus ;

2º Allocation d'un franc par consultation au cabinet du médecin (et non pas 0 fr. 50) si les petites opérations jusqu'à 3 francs inclus sont supprimées.

D'autre part, les médecins spécialistes, oculistes et laryngologistes, ont fait savoir qu'ils ne peuvent abaisser au-dessous du prix fixé par l'ancien tarif (deux francs) le prix de leurs consultations.

A la séance du Conseil général du mercredi 20 mai dernier, après audition de M. le docteur Huet, président du Syndicat des médecins, l'assemblée départementale, par 21 voix contre 4, adopta les propositions du corps médical.

Tout est bien qui finit bien.

Le Sou médical et la défense des intérêts généraux de la profession médicale.

A titre de membre du Sou médical, je serais heureux que le vœu suivant fût discuté à la prochaine assemblée générale du « Sou médical ». Voici le vœu rédigé d'une manière générale : « Désormais, le « Sou médical » ne se bornera pas à s'occuper de la défense professionnelle, en tant que défense des intérêts particuliers d'un de ses adhérents, que ces intérêts visent la défense du médecin seul ou des intérêts collectifs de la profession, mais, encore, toutes les fois qu'il s'agira de lois sociales, pour lesquelles la collaboration du médecin est nécessaire, le « Sou médical » interviendra auprès du législateur pour défendre, en même temps que le libre choix, les intérêts moraux et matériels du médecin. » Tel est le vœu dont je demande la discussion et l'adoption.

Dr C.

Réponse

Le rôle que vous voudriez voir jouer par le « Sou médical » est rempli par l'Union des Syndicats médicaux.

Le « Sou médical » est une ligue de défense des intérêts individuels de chacun de ses adhérents. Il n'intervient dans une question d'ordre général que lorsque l'intérêt du corps médical est en jeu à l'occasion d'un procès.

L'Union des Syndicats médicaux, au contraire, est la somme des intérêts généraux de tous les Syndicats affiliés, c'est-à-dire la totalisation des intérêts corporatifs, puisque les syndicats ne peuvent pas faire de la défense des intérêts individuels.

C'est donc à l'Union qu'il appartient de s'occuper de la collaboration du corps médical aux lois sociales. N'est-ce pas d'ailleurs l'Union qui s'est préoccupée de la Commission Chéron-Métin et qui a provoqué le IVe Congrès des praticiens ? Aussi ne pouvons-nous pas prendre en considération le vœu que vous nous avez exposé.

Une assurance contre les accidents survenus au personnel domestique peut-elle imposer son médecin ?

Je lis dans le numéro du *Concours* daté du 24 mai la question suivante : « Une assurance contre les accidents survenus au personnel domestique peut-elle imposer son médecin ? »

On lui répond, avec raison, que s'agissant de droit commun, les contrats d'assurances peuvent contenir une clause imposant les médecins agréés par la compagnie.

Mais, je pense qu'on pourrait ajouter ceci : « La loi du 18 juillet 1907 permet l'assujettissement facultatif à la loi de 1898 aux patrons, aux maîtres employant des gens de service, des domestiques ou autres travailleurs, qu'il s'agisse de simples particuliers, de fermiers, de gens exerçant des professions libérales, etc., quand ces travailleurs ne sont pas de droit bénéficiaires de ladite loi du 9 avril 1898, faite, en principe, pour l'industrie et le commerce. »

Pour arriver à ce résultat, l'employeur fait à la mairie de son domicile une déclaration en vue de se soumettre à la législation des accidents du travail. On lui remet un carnet sur lequel il enregistre l'adhésion de son personnel, si celui-ci y consent, et alors il devient assujetti comme le sont les patrons visés par la loi de 1898 modifiée.

Et nécessairement, en cas d'accident, ce personnel a le droit de choisir son médecin, puisque toutes les dispositions de cette législation lui sont devenues applicables.

Voyez l'usage qu'il vous convient de faire de cette remarque.

E. Quillent,

Secrétaire du Conseil judiciaire de l'Union des Syndicats ouvriers de la Seine.

Réponse.

Nous remercions M. Quillent de sa remarque très juste, qui prouve tout l'intérêt qu'il porte à la défense des intérêts des ouvriers et salariés. Malheureusement l'application de cette loi de 1907 est difficile, car les domestiques sont méfiants à l'égard de leurs nouveaux patrons et ont peur d'être roulés par cet assujettissement à la loi sur les accidents du travail. D'autre part, pour qui connaît l'aménité et la complaisance de M. Lebureau, des mairies de France, on peut se rendre compte du peu d'enthousiasme à aller se faire inscrire, employé et patron, pour s'assujettir à la loi de 1898. Voilà pourquoi le droit commun persiste dans les relations entre domestiques et leurs patrons, pour le plus grand bien des compagnies d'assurances-accidents, dont les contentieux, au courant des difficultés des lois, en profitent pour rouler ceux qui se laissent faire par ignorance

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de la dysenterie, de la diarrhée par refroidissement et de la diarrhée infantile estivale par les lavements de salicylate de soude. — On emploie une solution à 2 p. 100 dont on injecte 600 grammes chez l'adulte, soit 12 grammes de salicylate, et 90 grammes chez l'enfant, soit environ 2 grammes de salicylate. Le liquide, à 38°, sera conservé dans le rectum le plus longtemps possible.

Les résultats obtenus ont été excellents.

WALTER LUTSCH, de Lindjey, (Etat libre d'Orange).

(*Bull. méd.*)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par l'opothérapie hépatique. — Le foie cru fournit au malade des lipoïdes et des ferments qui exercent une action antiseptique indéniable. On donne le foie cru de veau, à la dose de 100 à 250 grammes par jour. Les résultats sont : amélioration de l'état général, relèvement de l'appétit, augmentation de poids, amélioration correspondante dans l'état pulmonaire.

A. ZIRONI.

(*Boll. della Soc. med. chir. di Modena.*)

Traitement très rapide des otalgies et des odontalgies par l'huile éthérée de moutarde. — On fait fermer les yeux et la bouche du patient, on lui fait boucher une narine, et l'on place sous l'autre un petit flacon contenant quelques grammes d'huile éthérée de moutarde.

Il faut pratiquer une seule inspiration, qui détermine de la rougeur de la face, du larmoiement, une légère apnée et parfois un peu de toux. Mais l'action sédative sur la douleur de l'otite moyenne aiguë ou de la carie dentaire est immédiate et totale ; elle dure au moins 3/4 d'heure, parfois plusieurs jours.

L'huile éthérée de moutarde ne figure pas au Codex français, mais est très facile à préparer.

SCHWARTZ.

Munch. medizin Wochensch).

Traitement des kérato-conjonctivites et des blépharites par le pellidol. — On formule :

Pellidol	1 gr.
Vaseline neutre	100 à 200 gr.

La pommade à 1 p. 100 provoque parfois une légère cuisson, celle à 1 p. 200 est parfaitement supportée par l'œil.

Le pellidol (diacétylamidoazotoluol) agit souvent dans les affections ulcéreuses de l'œil et des paupières difficiles à guérir par les moyens ordinaires.

ROLLET et GENET.

(*Soc. d'Ophtalmolog. de Lyon.*)

Prophylaxie du goitre endémique. — Les mesures à prendre se rapportent toutes à l'eau de boisson.

1° Eviter l'eau des puits creusés en terrains dolomitiques (carbonates doubles de chaux et de magnésie) ou magnésiens ; user plutôt de l'eau de citerne venant des toitures.

2° Si l'on est obligé de se servir d'eau des dolomies, la soumettre à une ébullition prolongée. En tout cas, la prendre dans le puits, au moyen d'un seau, à la partie supérieure où elle est décantée, et non pas, au moyen de la pompe, à la partie inférieure.

3° Ne laisser séjourner, à proximité des puits, aucun fumier ou autre matière organique.

Félicien BOURGEAT.

(*Le goitre dans le Jura.*)

Procédé pour régénérer la teinture d'iode ancienne. — Il s'agt seulement de détruire l'acide iodhydrique qui se trouve en abondance dans les teintures d'iode anciennes et est dangereux par sa causticité.

On y parvient en ajoutant à la teinture de l'acide iodique, en poudre très tenue, dans la proportion de 10 grammes par litre, et en agitant énergiquement pendant 5 minutes. L'acide iodique et l'acide iodhydrique se décomposent l'un l'autre en donnant lieu à la formation d'iode et, quand il n'y a plus d'acide iodhydrique, l'acide iodique, insoluble dans l'alcool à 95°, se dépose.

Ferdinand ROQUES.

(*Bullet. gén. thérap.*)

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le rôle du médecin dans le service de la désinfection.

Nous avons reçu de M. Mirman, le distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, la lettre suivante que nos sommes heureux de publier.

Paris, le 30 mai 1914,

Monsieur le Directeur,

Au sujet d'un article publié dans le dernier numéro du *Concours médical* sur le service départemental de la désinfection en Saône-et-Loire, voulez-vous me permettre d'apporter ici une précision.

Je serais désolé que le corps médical de France pût admettre un instant qu'il a été, à quelque moment que ce soit, dans ma pensée d'opposer aux médecins des agents sulbalternes, et par exemple, des cantonniers pour le service de la désinfection. Un tel conflit serait ridicule. Il y a donc certainement confusion. Il y a eu en effet confusion et qui s'est produite au début en plus d'un département.

Tout service de désinfection — de quelque façon qu'on puisse en concevoir l'organisation — comporte, me semble-t-il, une double tâche : de direction et d'exécution.

Il serait infiniment souhaitable que le « directeur » fût partout un médecin. Notre règlement dit à ce sujet (art. 7) que « dans chaque circonscription, le service est dirigé par un délégué de la commission sanitaire », et, en fait, ce délégué est, sauf très rares exceptions, un médecin. C'est ce directeur qui « veille à l'exécution immédiate et régulière des mesures de désinfection », c'est lui qui indique aux agents d'exécution comment ils se doivent comporter.

Mais, à côté d'eux, sous leurs ordres, il faut bien qu'il y ait des agents d'exécution : ce sont les chefs de postes et, éventuellement, leurs aides. A ces agents revient le soin ou la corvée d'effectuer la besogne matérielle, souvent fort pénible. Il n'est jamais venu à l'idée de personne, me semble-t-il, que cette besogne matérielle, qui n'est point de conseil, d'instruction, mais bien d'exécution, pût être accomplie par le médecin lui-même. Le médecin n'en aurait pas le temps, surtout en période d'épidémie où les soins proprement dits à donner aux malades suffisent à le surmener. Le médecin n'en aurait pas le goût, et on le conçoit à merveille ; ce n'est pas son rôle, il a mieux à faire que de transporter des ingrédients et des récipients, de procéder à des nettoyages, de fermer aussi hermétiquement que possible des ouvertures, de mettre en jeu les procédés de désinfection, souvent d'emporter des objets de literie, et d'autre part, de tenir une comptabilité-matière de produits reçus et employés, comptabilité indispensable — tout homme mêlé à la vie économique d'une commune ou d'un département le sait — pour prévenir des désordres, négligences ou « coulages » onéreux pour les finances publiques.

Admettez que, selon une formule, à mon sens, trop simpliste, trop absolue, et pour cette raison inapplicable en dépit de l'idée juste qu'elle contient et qu'il importe de dégager, admettez que demain nos règlements sur la désinfection soient dans un département remplacés par la disposition très concise que voici : « Le service de la désinfection est remis en entier au syndicat médical ». Qu'arrive-t-il ? Le syndicat se trouvera dans l'obligation, le bon sens le crie, après avoir défini le rôle prépondérant du médecin traitant dans la désinfection en cours de maladie, d'envisager la désinfection des locaux, la désinfection totale, et là de prévoir la désignation, sous l'autorité d'un médecin veillant à l'ensemble du service dans la circonscription, d'un certain nombre d'agents, d'auxiliaires, de chefs de postes, peu importe le nom, et qui ne seront pas des médecin.

Ce que je dis là de la désinfection est vrai de presque que toutes les opérations d'hygiène publique ; l'une de ces opérations, dans l'hygiène urbaine, consiste, lorsqu'on vide une fosse d'aisance, à constater si elle est ou non étanche ; sauf circonstances spéciales, il est manifeste que ce n'est pas le médecin-directeur du bureau d'hygiène qui effectue lui-même cette visite. Et je pourrais citer dix autres exemples.

Dissipons donc une fois pour toutes cette confusion qui s'est produite à l'origine et s'est trop longtemps prolongée, quelques efforts que nous ayons faits pour supprimer cette cause

d'erreur, et reconnaissez avec moi que, dans de multiples opérations, il y a place d'une part pour une *direction* (qu'un médecin est, plus que tout autre, apte à exercer) et pour une *exécution*.

Quels seront donc ces agents d'exécution que je n'humilierai point certes en les qualifiant de subalternes ? Dans les villes et départements où le service est important et bien organisé, ces agents, ces chefs de postes, sont en général d'anciens mécaniciens, intelligents, alertes, débrouillards, dont le « directeur » fait l'éducation technique. Leur emploi, qui donne entière satisfaction, s'étend chaque jour. Mais dans plusieurs départements, lorsque le Conseil général a dû mettre sur pied ce service nouveau, il s'est trouvé fort embarrassé ; il ne pouvait discerner quelle en serait l'importance ; il dut tâtonner ; il se contenta souvent d'une organisation provisoire et d'attente. Or, il avait sous la main un personnel qui, dans son ensemble, est discipliné, intelligent, zélé, celui des agents-voyers et des cantonniers. Il était naturel que, pour commencer, il songeât à s'en servir. Et dans plus d'un département, le Conseil général, constatant que le service de désinfection avait reçu bon accueil des populations, en dépit de toutes les imperfections du début, mais constatant aussi qu'il prenait une extension incompatible avec la compétence et le temps limité dont ces agents provisoires pouvaient disposer, remplaça ceux-ci par des agents d'exécution spécialisés et en tous cas, plus exactement propres à cette tâche.

Tel est le tableau exact des faits. Il suffira d'y jeter un coup d'œil pour se convaincre que cette « opposition du cantonnier au médecin » est une conception ridicule qu'il est souverainement injuste de nous prêter.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, la nouvelle assurance de mes sentiments les meilleurs.

MIRMAN.

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ FAMILIALE

Le 23 juin prochain, aura lieu la réunion trimestrielle ordinaire du conseil d'administration de la Mutualité familiale.

Comme d'habitude, il sera procédé au vote des indemnités et à l'admission des candidats.

Pour éviter tout retard et toute erreur, le secrétaire général croit devoir, avant la réunion, attirer l'attention des malades et particulièrement des chroniques sur la date de cette prochaine réunion et leur rappeler qu'ils doivent statutairement tous, lui envoyer un certificat médical avant le 20 juin prochain.

Ceux qui seraient en retard se verraient privés de leur indemnité jusqu'au trimestre suivant et frappés de l'amende statutaire.

Cette recommandation et cette menace peuvent sembler quelque peu antiamicales ; mais elles sont nécessaires, qu'on le sache bien, pour que notre Société marche dans le droit chemin. C'est l'intérêt de tous que l'ordre soit absolu dans notre administration, et cet ordre ne peut régner qu'avec la collaboration et la bonne volonté de chacun.

Voici venir la saison des eaux..... et des vacances.

Nous devons rappeler, à cette occasion, que notre société n'a pas été créée pour indemniser les cures thermales, que cette éventualité n'a pas été prévue dans les calculs des primes, et qu'en conséquence, le Conseil ne peut accorder d'indemnité pour cure thermale que quand cette cure est rigoureusement prescrite par le médecin traitant, et qu'elle est la suite inéluctable d'une maladie récente dont elle doit parfaire la guérison.

Toute demande pour cure thermale qui ne remplirait pas cette double condition ne serait pas prise en considération.

Il faut ajouter que l'indemnité pour ces cures n'est versée qu'après la cure faite, c'est-à-dire après la réunion du Conseil de fin septembre.

Quant aux admissions, pour qu'elles aient lieu en temps voulu, il faut que les dossiers arrivent au Secrétaire général avant le 20 juin.

Comme d'habitude, le secrétaire a reçu un certain nombre de demandes de renseignements, il y a répondu sans retard par l'envoi de statuts et de dossiers, mais jusqu'à présent, il n'a guère reçu de dossiers complets.

Il récidive, il renouvelle sans se lasser son appel aux négligents et aux indifférents. Il leur rappelle que s'ils attendent, eux, une occasion quelconque pour s'assurer contre la maladie ou l'accident, ces derniers n'attendront pas pour les frapper et peut-être d'une façon assez dure, pour qu'ils ne puissent plus ensuite être admis aux bénéfices de la Mutualité.

Chaque trimestre, le Conseil d'administration se voit obligé de refuser quelques candidats qui s'étaient enfin décidés à adhérer parce que leur expérience d'une maladie récente leur avait ouvert les yeux et les avait convaincus de la nécessité d'être prévoyants ; malheureusement, une fièvre typhoïde, une pleurésie, laissent souvent

des traces telles qu'on n'est plus en état de santé suffisant pour être admis — et l'on reste sans défense !

Pourquoi donc tarder, pourquoi attendre, alors que le péril nous guette à toute heure ?

Certains ont entendu parler d'inventaire, de modifications aux barèmes, etc., et en veulent voir venir.

Mais si ces opérations ont leur importance essentielle pour la comptabilité et la trésorerie, je ne vois pas en quoi elles pourraient gêner le recrutement. Les modifications de primes, s'il y en a, seront peu importantes pour chacun de nous, et qu'est-ce, en fin de compte, que quelques francs de plus ou de moins quand il s'agit de s'assurer le pain quotidien, le remplaçant, ou la petite rente qui met à l'abri de la gêne et de la misère ?

Non, il n'y a aucune excuse à attendre quand on est dans les conditions requises pour être admis.

C'est quand on est en pleine santé, en pleine possession de tous ses moyens, qu'il faut le plus songer à sauvegarder justement sa situation pour le jour fatal, auquel personne n'échappe, où cette santé sera perdue et où, à son tour, le pauvre médecin de campagne ou de quartier sera cloué au lit et assistera impuissant à la volatilisation de sa clientèle, ou tout au moins à la diminution de son prestige sur cette clientèle qui le fait vivre ! Car, on ne le sait que trop, aux yeux des clients, un médecin n'a pas le droit d'être malade, et s'il le devient, quel piètre médecin il fait, lui qui n'a pas su même éviter la maladie !

Moi, je dis : quel piètre homme il fait, lui qui n'a pas su la prévoir et se prémunir contre elle.

N'oublions pas que si la mortalité médicale est *au-dessous* de la mortalité moyenne, la morbidité médicale, nous en avons la preuve aujourd'hui, est *de beaucoup au-dessus des prévisions les plus pessimistes* : le médecin meurt plus tard, mais il est plus souvent et plus longtemps malade que la grande moyenne des autres hommes.

Que les médecins se le disent, et, se le disant, s'assurent en foule à une œuvre solide, sérieuse, durable, méritant toute confiance, car aucune autre, à l'heure actuelle (les lecteurs du *Concours* le savent mieux que quiconque, je l'espère), ne remplit ces diverses conditions que la Mutualité familiale du corps médical français.

Le secrétaire général,
H. MIGNON.

CHRONIQUE DU LA MUTUALITÉ

Impôt mutualiste.

La lecture des journaux mutualistes nous fournit de temps en temps des faits intéressants ; tel est celui-ci :

Dans une société de secours mutuels, les frais augmentant et n'étant pas en rapport, comme dans presque toutes les Sociétés, avec le montant des cotisations, le président a reconnu la nécessité d'augmenter ces cotisations ; mais ne voulant pas mécontenter ses sociétaires, qui probablement ne le renommeraient pas président, ou craignant des démissions multiples, il chercha un procédé qui mettrait de l'argent dans sa caisse sans en prendre dans la poche de ses administrés. Il adopta l'ingénieux système suivant, dont on avait du reste causé jadis : il fit créer par des commerçants de sa localité des timbres-primes de la Mutualité. Les sociétaires se fournissant chez ces commerçants avaient droit à une remise sur les achats — le sou du franc mutualiste — remise représentée par un certain nombre de timbres, et le président, dans le compte rendu de l'assemblée, voyait l'heureux jour où les Sociétaires, grâce à ce procédé, n'auraient plus de cotisation à payer.

C'est donc un nouveau procédé de mendicité. Jusqu'ici, le sociétaire faisait un effort personnel, le plus souvent minime et insuffisant, mais enfin c'était encore un effort. Il pouvait ainsi excuser les libéralités des membres honoraires et les encouragements de l'Etat, il faisait un effort et on l'aidait. Le but du président actuel est de supprimer cet effort, il donne à ses Sociétaires cet espoir décevant et décourageant qu'ils pourront avoir quelque chose pour rien, et que par conséquent, l'effort est une chose inutile. Il engage ainsi ses Sociétaires à ne pas sortir d'argent de leur poche et à se faire entretenir par les commerçants de l'endroit : c'est un nouvel impôt sur le revenu s'ajoutant à d'autres impôts et venant frapper le petit commerce qui a déjà protesté contre la création des timbres-primes. Je crois même qu'un projet de loi a été déposé pour supprimer ce genre d'opération. Ce président est coupable de persuader à ses administrés que leur cotisation ne leur coûtera rien, car il sait bien que le Sociétaire paiera sa cotisation comme jadis et la paiera peut-être plus cher. Le commerçant qui a des frais généraux et qui augmente par le fait même ses frais généraux, a besoin d'un chiffre déterminé de bénéfice ; il devrait augmenter le prix de ses marchandises. Il est probable qu'il ne le fera pas, car il faciliterait ainsi la vente de ses concurrents. Ceux-ci à leur tour, lésés par ce drainage de la

clientèle au profit de quelques commerçants, s'empresseront d'adhérer aux timbres mutualistes créés par le président de la Société de secours mutuels. Tous les commerçants donneront donc des timbres, et ils pourront s'entendre pour augmenter le prix de leurs marchandises. Si les commerçants ne le font pas, il faudra tout de même qu'ils arrivent à récupérer ces sommes qui leur sont enlevées bénévolement par la mutualité. Ils n'auront qu'un moyen, ce sera ou de ne pas fournir le poids, ou bien de fournir des produits de qualité médiocre.

Est-ce le but poursuivi par la Mutualité qui mène, au moins en paroles, une campagne pour l'hygiène, une campagne contre la fraude ? En réalité, dans ce système, tout le monde sera dupe, et surtout les mutualistes. Le seul qui pourra profiter de ce mensonge sera le président qui verra sa réélection assurée et pourra ainsi avoir des droits aux récompenses du Ministre du travail, caractérisées par des bouts de ruban.

Dr M. VIMONT.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La comptabilité du médecin.

Tous les abonnés du *Concours médical* connaissent et apprécient l'*Agenda Memento du Praticien*, dont quatre éditions successives ont consacré le légitime succès. Tous savent quelle mine inépuisable de documents représentent ces volumes, dans lesquels sont traitées à fond, d'année en année, les principales questions que soulève l'exercice de la médecine. Avant de présenter à nos lecteurs l'édition de 1915, nous avons cru nécessaire de leur soumettre une innovation que nous nous proposons d'introduire dans la contexture même de l'Agenda.

Depuis qu'il existe, nous avons reçu, à l'apparition de chacune de ses éditions, de nombreuses lettres, dans lesquelles nous avons dû faire la part de l'éloge et celle de la critique. La critique, disons-le sans tarder, fut toujours particulièrement bienveillante, et s'est le plus souvent formulée sous la forme de desiderata, de suggestions qui, tous, ont été soigneusement examinés avec le ferme propos, dont nous sommes tous animés, de chercher à faire bien, à faire mieux. Parmi ces suggestions, il en est une qui s'est retrouvée chez nombre de nos correspondants et qui peut se résumer ainsi : « La partie documentaire de l'Agenda est des plus complètes et des plus intéressantes, encore qu'il faille souvent feuilleter plusieurs années pour trouver exactement ce que l'on cherche. L'Agenda proprement dit, ces feuillets datés au jour le jour, sur lesquels nous pourrions inscrire nos actes professionnels, sans doute a son utilité ; mais combien limitée, si vous songez au flot de carnets mensuels, trimestriels, semestriels, dont nous accablent les grandes maisons de spécialités, et dont, il faut le reconnaître, la plupart sont tout à la fois élégants et pratiques ! Ce qui ferait mieux notre affaire, dans la circonstance, ce serait des feuillets de comptabilité. Mais il faudrait que vous inventiez un système simple, commode et économique ; un système qui répondît exactement à nos besoins et nous fît perdre le moins de temps possible. »

Frappés par la répétition de cette demande, nous avons tout d'abord décidé d'y donner satisfaction en principe. Puis, nous nous sommes mis à la besogne, en nous donnant comme objectif la simplicité et la commodité qu'on nous réclamait. Parmi nous, les uns exercent à Paris, les autres sont ou ont été médecins de campagne ; il y a même un médecin thermal.

Nous avons mis en commun notre expérience respective, et, de cette collaboration, est né le système de comptabilité qui figurera dans le prochain Agenda et que nous présentons aujourd'hui.

Les fac-simile que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs auront plus d'éloquence que la description la plus claire et la plus détaillée. Chaque feuille, recto et verso, est consacrée à un malade ou à une famille.

Au recto, en haut, d'un côté, le nom du malade ou de la famille, avec les indications de domicile et autres. De l'autre, les abréviations qui désignent les différentes espèces d'actes médicaux, avec le prix correspondant, au moins pour les actes courants : visite et consultation. En dessous, une division en colonnes horizontales par mois, et verticales par jours, se terminant par une totalisation des différents actes médicaux, accomplis auprès de ce malade ou de cette famille.

Au verso, en haut, le détail des actes médicaux extraordinaires : mise en œuvre d'instruments, petites interventions, injections hypodermiques, pointes de feu, pansements, opérations, accouchements. Au milieu, occupant la moitié de la page, un espace réservé à toutes les observations d'ordre technique, intéressantes à consigner par écrit. Par exemple : fièvre typhoïde, hémorragie intestinale, le 8e jour, ayant duré 3 jours. — Accouchement ; forceps en OIGA, pour inertie utérine, déchirure du périnée recousue avec 3 points au catgut, etc., etc.

Enfin plus bas, la récapitulation des sommes dues, avec les indications relatives à l'envoi des notes, aux rentrées partielles ou totales, aux observations, telles que la mention de remise à un encaisseur, ou la citation devant le juge de paix, etc.

Lorsqu'il y a eu plusieurs visites dans la même journée, leur nombre est désigné par un indice V^2, V^3. Supposons d'autre part que le médecin ait pratiqué une ouverture d'abcès, au domicile

M. ....
à ....
Responsable, M. ....
à ....

Abréviations et Prix.

Consultations au Cabinet	C.	......
Visite simple	V.	......
Visite d'urgence	U.	......
Visite de nuit	N.	......
Visite Dimanche	D.	......
Opérations et Interventions diverses(1)	O.	......

	JANV	FEVR	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCTO	NOVE	DECE
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
TOTAUX — de l'année												
C.												
V.												
U.												
N.												
D.												
O.												

(1) Les opérations ou interventions diverses (*pansements, accouch^ts etc.*) s'inscrivent sous cette abréviation et se totalisent au dos.

du malade, c'est une opération dont le prix doit être majoré du prix du déplacement. Elle est désignée par les lettres OS et se retrouve détaillée au verso. Il en est de même des pansements

effectués chez le client qui ont été faits les jours suivants. Mais si nous supposons que les deux derniers pansements ont été effectués dans le cabinet de consultation, ils ne comportent pas

Opérations ou Interventions diverses.

Pansements, Accouchements, Injections hypodermiques, Consultations avec Confrère, Examens spéciaux (spéculum, toucher rectal, laryngoscopie, etc) Opérations chirurgicales. etc.

Dates	Désignation	Prix.

OBSERVATIONS : *Consigner ici les indications relatives aux opérations ou tous autres actes médicaux qui pourraient faire juger anormale ou excessive toute somme réclamée.*

Récapitulation.

Nombre		à	fr.
....	Consultations	à	fr. ....
....	Visites simples	à	fr. ....
....	» d'urgence	à	fr. ....
....	» de nuit	à	fr. ....
....	» du Dimanche	à	fr. ....
....	Opérations	à	fr. ....
....		à	fr. ....
....		à	fr. ....
....		à	fr. ....
....		à	fr. ....
....		à	fr. ....

	DOIT	AVOIR
Compte arrêté le	....	....
Reçu le	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....
....	....	....

Note envoyée le ....

Note envoyée le ....

Note envoyée le ....

Observations ....

de frais de déplacement et sont désignés par OC. Supposons qu'il s'agisse d'une consultation avec un confrère, c'est un acte médical assimilable à une intervention, et qui se désigne de la même

manière au recto, et se retrouve détaillé au verso.

Voilà le système de comptabilité qui nous est apparu comme le plus pratique et le plus maniable pour le praticien. Cent de ces feuillets figureront dans l'Agenda. Ils seront détachables et pourront se ranger dans un classeur spécial. Mais comme cette quantité serait insuffisante pour les médecins occupés, et que, d'autre part, il est impossible d'augmenter à l'infini l'épaisseur du volume, nous tiendrons à la disposition de nos confrères le nombre de feuillets supplémentaires dont ils auront besoin. En classant ces feuillets par ordre alphabétique, ils auront ainsi un livre unique de comptabilité qui leur fournira, sans longues recherches, tous les renseignements qui leur seront nécessaires, tant sur la situation du compte de chacun de leurs clients à un moment donné, que sur les particularités pathologiques propres à ceux-ci.

Si le praticien trouve un avantage réel à adopter cette comptabilité, nous nous déclarerons satisfaits d'avoir une fois encore réussi à lui faciliter sa tâche et à augmenter son bien-être. Ne sera-ce pas en effet lui permettre de réclamer en temps voulu la totalité des honoraires que lui sont dus, sans laisser s'accumuler pendant de longs mois des notes qui seront d'autant moins facilement réglées que la maladie qui les aura nécessitées sera plus éloignée ?

Car, comme le dit le proverbe américain, et trop souvent, pour le malade qui appelle le médecin à son secours, celui-ci est un dieu. Survienne la guérison, ce n'est déjà plus qu'un ange; mais à la réception de la note d'honoraires, c'est le diable en personne.

Faisons en sorte que le souvenir de l'ange ne soit pas suffisamment effacé pour contrebalancer l'impression diabolique subséquente.

CHRONIQUE DE L'ASSISTANCE

Consultations gratuites de nourrissons (1)

Rapport du Dr Boudin.

Quel est le but de ces consultations ?

1° Le but est très humanitaire ; c'est surtout d'enrayer la mortalité infantile.

2° En second lieu, c'est de mettre à la portée de tous, les conseils du médecin : « Toutes les mères de famille auraient la faculté de présenter à la consultation tous les enfants âgés d'un jour à deux ans, qu'ils soient nourris au sein ou au biberon, qu'ils soient inscrits à la protection du premier âge ou non » (Circulaire préfectorale).

3° A ces séances seraient donnés des conseils sur l'hygiène et les soins à donner à l'enfance.

4° Enfin le médecin aurait à peser les enfants et noterait le poids sur une fiche individuelle.

Quelle est leur fréquence ?

Une fois par mois.

Où se font ces consultations ?

Elles se font à la mairie, ou dans un établissement public, ou encore au domicile du médecin.

Nomination du médecin.

La circulaire préfectorale aux maires dit ceci : « Je vous prie de vouloir bien vous entendre avec les médecins de votre ville et me faire connaître le nom du docteur qui voudra bien accepter cette mission ; dans ce but, je vous remets ci-joint une lettre explicative. »

Honoraires du médecin.

Le crédit alloué pour 1907, par le Conseil général, fut de 500 francs, soit 100 par centre de consultations. Sur ces 100 fr., 35 fr. furent prélevés pour achat d'un d'un pèse-bébé (crochet, genre romaine) et de fiches individuelles ; 65 fr. restent donc pour le médecin, soit 5 fr. par consultation (12 par an).

Quelle est l'utilité de ces consultations ?

Le but humanitaire en est incontestable, et, en théorie, ces consultations sont appelées à rendre de grands services, surtout en ce qui concerne la puériculture, partant la mortalité infantile.

Quels en sont les inconvénients ?

A. — Pour les nourrices et les nourrissons.

1° Eloignement des campagnes.

Les consultations n'ont lieu qu'au chef-lieu de canton ; par conséquent, à cause de l'éloignement, des communications plus ou moins faciles, du mauvais temps, etc., les habitants des campagnes ne pourront assister aux séances.

2° Ces agglomérations d'enfants offrent un danger de contagion d'un nourrisson à l'autre.

B. — *Pour le but à atteindre.*

Le résultat que l'on attend de ces consultations sera bien aléatoire à cause de l'indifférence des nourrices. Celles-ci ne viennent que contraintes et forcées. En effet, voici ce que dit la circulaire de l'inspecteur départemental des Enfants Assistés adressée chaque mois aux nourrices : « ... Je dois rappeler votre attention sur l'obligation qui vous concerne... d'assister régulièrement à ces consultations. Des instructions ministérielles prescrivent, en effet, que les personnes indiquées ci-dessous doivent s'y présenter tous les mois, à moins que le voyage ou le déplacement ne soit, en certains cas, nuisible à la santé de l'enfant, ce qui pourra être vérifié ultérieurement par le médecin-inspecteur ».

Malgré ces appels comminatoires, le nombre des auditeurs a toujours été bien restreint.

La raison en est que l'on écoute bien mieux, pour

(1) Nous reproduisons ce rapport dont il a été fait mention dans la *Correspondance* du n° 23, p. 1568.

un enfant, les conseils de la sage-femme ou d'une matrone que ceux du médecin. Je ne citerai, comme exemple, que les difficultés que nous rencontrons chaque jour, difficultés que je n'hésite pas à qualifier d'insurmontables, quand nous essayons de faire entrer dans la tête d'une nourrice les principes de régularité des tétées, de l'alimentation à heure fixe, et les dangers d'une nourriture omnivore trop hâtive. D'ailleurs, aucune gardeuse d'enfants ne lit les instructions contenues dans le livret de nourrice. Et même, quel est celui de mes confrères, médecin-inspecteur de la protection du premier-âge, qui peut s'inscrire en faux contre ce que j'avance ? Lequel aussi d'entre eux est convaincu de l'utilité de ses fonctions de médecin-inspecteur, tel que le service est actuellement organisé ?

Je puis donc affirmer l'inutilité de ces consultations. En premier lieu, il est bien difficile, pour le médecin, de se faire comprendre par son auditoire de nourrices ; s'il cherche à faire une conférence, les enfants couvriront sa voix, et, de plus, il aura de la peine à se mettre à la portée des gens qu'il a devant lui, alors que, souvent, l'instruction des auditeurs est moins que primaire ; il serait mieux compris en patois.

En second lieu, les nourrices n'écoutent pas, ou, si elles sont attentives, elles se défient du « beau langage », butées qu'elles sont par les vieux préjugés et la routine que le conférencier cherche à combattre.

En troisième lieu, il est bien difficile de faire des conférences sur des généralités, alors qu'il ne s'agit que de cas particuliers. Il ne reste donc, au médecin, qu'à peser l'enfant et à donner une consultation individuelle. Mais combien fastidieux de faire les mêmes demandes et donner les mêmes conseils à chaque nourrice à tour de rôle ! en sorte que ces consultations ont grand'chance d'être, à bref délai, bâclées par le médecin et abandonnées par les nourrices.

C. — Inconvénients pour le médecin.

1° *Pour le médecin consultant.*

Il perd son temps à faire une besogne peu pratique et peu utile.

Il perd des clients ; d'abord ceux qui viennent à ces consultations et qui, par conséquent, n'iront pas à son cabinet ; puis ceux qui, pendant ses conférences, ont besoin de ses soins et ne le trouvant pas chez lui, s'adressent à un autre confrère.

Ses honoraires bien minimes (5 fr. par séance) ne compensent pas les pertes ci-dessus qu'il éprouve. Il faut dire aussi qu'une fois de plus on lui a servi l'éternel refrain de dévouement, sacerdoce, etc., alors que personne ne songe à diminuer ses impôts..... au contraire !

Ces consultations sont faites dans un but de préservation sociale : ne serait-ce pas équitable que les frais en soient supportés par la collectivité et non par les seuls médecins ? Mais, il y a tant de précédents ! et ce « bon docteur » est tellement habitué à se laisser gruger et payer par de belles paroles, qu'une fois de plus, on peut s'adresser à son dévouement.

2° *Pour les autres médecins de la localité.*

Ils perdent, eux aussi, en tant que clients, les assistants de ces consultations gratuites, puisque celles-ci sont ouvertes à tous et non réservées aux seuls indigents.

N'ayant pas à faire ces consultations puisque l'on a omis d'établir entre eux tous un tour de rôle cela jette en une certaine mesure, un peu de discrédit sur eux puisque le public ignore comment sont faites les nominations. Enfin cette nouvelle fonction, j'allais dire charge, fait double emploi avec le rôle du médecin-inspecteur de la protection du premier âge ; bien heureux lorsque tous les conseils recueillis par les nourrices à ces deux sources différentes, le médecin des consultations, d'une part et le médecin inspecteur, — de l'autre, seront identiques, — d'où compris et partant utiles.

3° *Pour le corps médical tout entier.*

Cette nomination crée encore un poste de médecin fonctionnaire et je parie bien fort qu'il y aura encore là matière à innover un nouveau diplôme spécial. Je ne sais si le besoin s'en faisait sentir, mais j'estime que l'on abuse un peu trop de ces nominations faites par l'autorité préfectorale ou municipale. Il faut avouer que l'on crée ainsi une nouvelle menace de révocation pour le médecin qui aura failli, — oh ! non pas au point de vue médical, — mais uniquement pour des faits d'ordre politique.

Conclusions.

Louons sans réserves le but philanthropique de ces consultations : c'est, en théorie, le complément du service actuel de la protection du premier âge. Mais, disons hardiment que les organisateurs de ces consultations font fausse route, parce qu'entre la théorie et l'application pratique, il y a un abîme. Avant de créer, qu'ils améliorent ce qui existe, car la loi Roussel, fort belle en soi, est inefficace.

En tous cas, comme il s'écoulera encore pas mal de temps avant que nos gouvernants consentent à s'apercevoir que toute la paperasse absurde que l'on nous impose n'a jamais protégé efficacement l'existence d'un seul bébé, je présente au vote de mes confrères les conclusions suivantes :

1° Suppression pure et simple des consultations de nourrissons.

2° Si, malgré nos raisons, ces consultations étaient maintenues ;

a) Consultations faites à tour de rôle par chaque docteur en médecine de la localité ou du canton.

b) Rémunération un peu moins dérisoire que les cent sous accordés pour chaque séance.

c) Consultations ouvertes uniquement aux seuls indigents.

CHRONIQUE DE L'EXERCICE ILLÉGAL

La dernière de l'abbé Chaupître.

On distribue au public la note suivante dont nos lecteurs apprécieront le contenu :

Allopathes contre homéopathe.

La médecine classique, telle qu'elle est pratiquée de nos jours, est devenue un véritable danger social. Rien ne compromet autant la vitalité du pays.

La thérapeutique est totalement nulle. Elle ne dispose d'aucun médicament efficace pour aucune maladie quelconque, un médicament ne pouvant avoir prise sur une maladie, par conséquent déterminer la guérison, qu'à l'état fluidique. Ce qui n'existe pas dans l'école classique.

De bonnes paroles, de petits boniments vides de sens, un charlatanisme éhonté, de grandes mises en scène : voilà toute la médecine allopathique. La chirurgie a fait des progrès, elle ; mais ce n'est pas de la médecine.

Parmi les causes de cet effondrement de la médecine (l'art médical est peut-être le seul qui n'ait jamais rien donné), il faut signaler en première ligne et comme étant de beaucoup la plus importante, le monopole. Il est une entrave à tout progrès. Pourquoi médecins et pharmaciens travailleraient-ils, puisque leurs diplômes, qui ne garantissent rien au point de vue médical et ne donnent point le talent de guérir, leur assurent la fortune en permettant tous les abus ?

C'est un fait que personne ne songe plus à contester. Le monopole médical n'aboutit plus, aujourd'hui, qu'à faire la fortune de quelques privilégiés au détriment, dûment constaté, de la santé, de la vie et de la fortune des citoyens. La mortalité française a pris des proportions vraiment inquiétantes. Ainsi, pour la seule ville de Rennes, nous avons eu, pour le mois de février, le plus court de l'année, un déficit de deux cents personnes. Résultats, tout calcul fait, disparition de la ville de Rennes en moins de vingt ans. Il est vrai que cette ville est affligée de près de quatre-vingts médecins diplômés,lesquels médecins, loin de paraître humiliés de leur insuffisance, affichent, au contraire, bien haut, la prétention de mener le monde.

Cela se comprend : en France, médecins et pharmaciens sont en possession de tous les pouvoirs. Toutes les forces sociales sont à leur disposition, sans contre-poids possible.

Ils ont d'abord la médecine, à l'aide de laquelle ils dominent littéralement les populations. Le malade accepte tout de son médecin, même les choses les plus invraisemblables. Ils l'enduisent des pieds à la tête comme un maçon fait d'un mur. Ils le suspendent les pieds en l'air pour le guérir de varices ou de plaies variqueuses. Ils l'obligent à agiter les mains en l'air pendant des semaines entières pour le guérir d'engelures aux mains ; et quand elles sont aux pieds ou au bout du nez, devinez son embarras. Il me faudrait un volume si je voulais rapporter toutes les absurdités prescrites par le médecin à son malade et exactement exécutées.

Ils ont la presse qu'ils font vivre de leurs réclames malhonnêtes, souvent nuisibles, toujours inutiles et sans valeur thérapeutique. Les journaux sont remplis, chaque jour, de ce qu'ils appellent leurs spécialités, produits non classés et, par conséquent, parfaitement illégaux. Bref, la plus malhonnête de toutes les spéculations et que l'Etat devrait interdire, puisqu'elle s'exerce sur la santé, la bourse et la vie des hommes. Qu'une famille soit ruinée dans sa bourse et sa santé ; qu'un malade voie son mal entretenu par avidité, etc., etc... Nul ne le saura, nul ne pourra se défendre, car sur un signal du syndicat local, la presse restera muette, les cris des victimes seront étouffés. Et qui oserait porter plainte contre cette caste puissante et redoutée qui sut si bien façonner la mentalité publique, qu'elle peut se donner comme l'arbitre de la vie et de la mort !

Ils ont la tribune où ils siègent en grand nombre. Il leur est donc facile de fabriquer à leur profit les lois les plus draconiennes contre la médecine et d'accaparer l'art qui a le plus besoin de liberté. De par les lois qu'ils ont fabriquées pour eux, tous les citoyens français se voient forcés de porter leur or au vague médicaillon qui s'est installé chez eux, petit tyran de ville et de villages, singe de la vieille féodalité.

Voilà où nous en sommes réduits en France, voilà où en est réduite la médecine classique ou allopathique. Voilà ce que tout Français, qu'il le veuille au non, est forcé d'accepter. C'est là une situation vraiment intolérable et indigne d'une nation civilisée.

Et maintenant, que faire pour échapper à cet avilissement de la médecine et de la liberté ? Le seul moyen, à mon avis, de faire cesser ce mal qui, de nos jours, a pris des proportions d'une véritable calamité publique, c'est la suppression complète du monopole médical. Il nous faut, à l'exemple de notre voisine et amie l'Angleterre, où la mortalité est infiniment moins grande que chez nous et les médecins moins nombreux, en revenir à la médecine entièrement libre. C'est un fait que rien ne progresse que dans la liberté. Monopoliser un art, c'est le condamner à rétrograder.

C'est pourquoi, Messieurs les Sénateurs, Députés, Conseillers généraux, Préfets et autres autorités constituées, je vous invite et, c'est le premier et le plus important de vos devoirs, à étudier sérieusement cette question de la mé-

decine. Elle a besoin d'une prompte et radicale transformation. Je ne vois pas de questions qui touchent de plus près à la vitalité d'un pays.

La France se dépeuple, tel est le mal de l'heure actuelle. La cause ? On l'a cherchée partout, excepté où elle se trouve réellement. Croyez-moi, Messieurs, la principale cause de la dépopulation réside dans une mauvaise application de la médecine. Il faut rejeter la responsabilité sur les médecins. Le mal est si grand que des enquêtes sont devenues indispensables dans toute la France. Si vous tenez à remplir consciencieusement votre mandat, pas un médecin, pas un pharmacien doit échapper à votre active surveillance.

Vous ne tarderez pas à constater qu'un véritable fléau s'est abattu sur notre pays et vous en serez consternés.

Comme au bon vieux temps

De tous temps, les médecins ont eu l'art de se servir de la justice pour défendre leurs intérêts aux dépens de l'intérêt public.

De par le roi défense à Dieu de faire miracle en ce lieu, disaient ironiquement nos pères, à l'adresse des médecins du bon vieux temps qui grognaient parce que force patients guérissaient en pèlerinage.

De nos jours, mêmes prétentions. On sait avec quelle rigueur les médecins l'Ille-et-Vilaine poursuivent M. l'abbé Chaupître, dont le crime est de guérir gratis des gens en quantité innombrable. Le jugement qui le condamne à l'amende vient de lui être signifié, et dans quelques jours. M. Chaupître, dans l'impossibilité de payer ces frais énormes, devra entrer en prison. En prison, pour avoir fait du bien, soulagé les malheureux, soigné les pauvres avec le plus complet désintéressement ! Franchement, en être réduit à user de tels procédés pour atteindre un adversaire, ce n'est pas reluisant pour une corporation !

L'emprisonnement dont va être victime M. l'abbé Chaupître va encore aggraver l'impopularité de la contrainte par corps, cette honte que le Parlement est sur le point d'abolir. Dans le cas d'une véritable dette, cela paraît d'un autre âge ; mais dans le cas présent, c'est tout simplement un scandale ajouté à celui des poursuites par le syndicat des médecins.

Les dits morticoles ont donc remporté une grande victoire. Mais c'est une victoire dont on se relève difficilement. Le monopole de la médecine est bien malade...

Un coup monté

M. l'abbé Chaupître ayant prêté 60 francs à un citoyen, ce dernier soutint en justice de paix, contre toute vérité, qu'il s'agissait d'une fourniture de médicaments.

On voulait évidemment provoquer de nouvelles poursuites contre M. Chaupître, en insinuant qu'il remettait des médicaments et qu'il les faisait payer.

Fort heureusement la présence inconsidérée d'une personne qu'on n'eût pas vue autrement à l'audience donna l'éveil, et le citoyen en question fut tout de même condamné.

Ceci se passait à Rennes, en justice de paix, le 17 avril dernier.

Qui est-ce qui pouvait bien avoir intérêt à jouer ce tour à l'abbé Chaupître ?

CHRONIQUE DU LIBRE CHOIX

Les certificats médicaux au Congrès national de la Fédération des professeurs de collège.

Le *Journal des Collèges*, dans son numéro d'avril 1914, publie le compte rendu du Congrès de la Fédération des Professeurs de Collège. Nous y lisons la protestation suivante qui indique bien les progrès que fait l'idée du libre choix dans les milieux extra-médicaux

Certificats médicaux. (Motion par Rollin au nom de l'A. de Melun).

Considérant :

1° Que le choix d'un médecin résulte de considérations et de convenances personnelles et que, par suite, un médecin, si réputé soit-il, ne peut être imposé à un malade, ce malade fût-il fonctionnaire de l'Etat ;

2° Que la contrainte en pareille matière ne saurait être qu'une violation de la liberté individuelle, en même temps qu'une atteinte au secret professionnel à peu près certaine en cas de conflit médical ;

3° Que le dévouement du personnel enseignant ne saurait être mis en suspicion, pas plus que la dignité professionnelle du corps médical (addition Raby) ;

4° Considérant enfin que les administrations publiques sont suffisamment armées contre toute fraude possible et pour le contrôle qu'elles voudraient exercer par les articles 159, 160, 161 et 162 du Code pénal qui punit de un à quatre ans de prison et même de dégradation civique ceux qui auraient donné des certificats de complaisance ;

Proteste contre la tendance de certains administrateurs à exiger des professeurs malades un certificat du médecin de l'établissement où ils enseignent, tendance qui paraît abusive à la fois à cause des frais que l'emploi d'un deuxième médecin occasionne au malade et parce qu'elle est une violation de la liberté individuelle et du secret professionnel. (*Adopté.*)

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS

L'organisation sanitaire en Allemagne,

par le Dr KOLBÉ (de Châtel-Guyon).

Plusieurs rapporteurs sont chargés d'exposer l'organisation actuelle de l'hygiène publique en France, d'en faire la critique et de rechercher une réforme. Ils feront certainement des comparaisons avec des organisations sanitaires de l'étranger, mais leur rôle principal est d'étudier à fond ce qui a été fait en France.

C'est pour cette raison que je n'approfondirai pas l'*étude comparative de l'hygiène et de la lutte contre les maladies contagieuses en France et à l'étranger*, et spécialement en Allemagne, en me limitant à une description sommaire de l'organisation de l'hygiène et des moyens de lutte contre les maladies évitables, utilisés en Allemagne. Le praticien tirera lui-même, connaissant bien les défauts et les avantages de l'administration sanitaire française, les conclusions utiles relatives à l'adoption ou à l'adaptation éventuelles des mesures sanitaires allemandes pour la France.

Je puiserai largement, pour ma communication dans un livre excellent : « La lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne », dû à la plume alerte et à l'esprit critique de notre confrère lyonnais A. Rochaix, livre préfacé par J. Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon et édité en 1909 à Paris par Maloine. Je suis heureux de répéter ici que ce livre a été jugé parfaitement documenté par plusieurs confrères compétents en Allemagne, auxquels je l'avais envoyé pour des critiques ou des additions nécessaires en vue de ma communication actuelle. Je citerai donc souvent l'opinion autorisée de M. Rochaix et je reproduirai presque textuellement *la loi concernant la lutte contre les maladies communément dangereuses*, loi de l'Empire d'Allemagne du 30 juin 1900. Cette loi est en effet la base fondamentale de la législation impériale contre les maladies transmissibles, quoique précédée d'autres lois d'hygiène : celle sur la *vaccination obligatoire* du 8 avril 1894 ; celle de 1879 sur le commerce des *denrées alimentaires*, etc. ; celle concernant la *prévention et la répression des épizooties*.

Rappelons que l'empire allemand est une confédération, qui rend particulièrement difficile l'homogénéité de la police sanitaire. Et cependant la loi de 1900, amplifiée et perfectionnée plus tard par chaque Etat confédéré, enregistre déjà, bien qu'encore récente, des résultats remarquables par la diminution de la mortalité, résultats qu'on ne pourra vraiment bien juger que dans quelques années. La France a besoin de diminuer sa mortalité par une lutte énergique contre les *maladies évitables*, puisqu'elle ne peut pas combattre efficacement la diminution de la natalité, qui d'ailleurs commence à l'heure actuelle à s'accentuer, elle aussi, en Allemagne. Mais l'Allemagne a déjà sur nous l'avantage de l'*effort systématique de l'action publique* (sans préjudice de l'action privée) contre les maladies évitables !... Sachons faire notre profit de son expérience.

***

On prétend que la mentalité française, éprise de sa liberté individuelle, se prête mal à la discipline. Et pourtant cette discipline est indispensable pour une croisade sanitaire, qui heurte des habitudes séculaires et certains intérêts du particulier au bénéfice de la communauté. La Déclaration des droits de l'homme dit : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ». Le contagieux cependant sème les germes de la maladie et de la mort autour de lui ; il faut donc que l'individu s'efface devant l'intérêt de la masse et qu'il accepte avec conscience une organisation sanitaire moderne et rationnelle ; cela est parfaitement possible après une *éducation hygiénique intensive du peuple*. Mais cette éducation ne se fait pas dans un jour et en Allemagne les résistances sérieuses à l'organisation sanitaire actuelle n'ont pas manqué au début. Encore aujourd'hui, la *déclaration obligatoire de la tuberculose* n'est pas adoptée sur tout le territoire allemand ; on se contente d'une *déclaration limitée*. — Encore dans la séance du 29 avril dernier, le *Reichstag* a discuté sur les vexations du citoyen par la vaccination antivariolique obligatoire, et sur son utilité dont le corps médical ne semble pas discuter les bienfaits. Par 119 voix contre 119, on a exigé le relevé officiel des statistiques de la vaccination sur le territoire allemand et des égards vis-à-vis de la contrainte policière. Le Président de l'*Office sanitaire Impérial*, l'équivalent de notre *Conseil Supérieur de France* a dû proclamer alors que toute contrainte forcée est « indésirable » parce qu'elle grossit chaque fois le nombre des détracteurs. Il conseille avec juste raison l'éducation de la collectivité pour l'hygiène publique et privée depuis le foyer et l'école.

Encore aujourd'hui il y a quelques protestataires contre l'isolement des maladies contagieuses et la désinfection obligatoire, bien que celle-ci, gratuite en général, et l'isolement des malades dans un établissement spécial ou dans une clinique privée, celle-ci très goûtée en Allemagne, ne soient exigés que lorsque les mesures sanitaires prophylactiques sont impossibles au domicile du patient.

Tout ceci es pour dire que l'Allemand, certai-

nement plus discipliné que le Français, n'a pas accepté les réformes sanitaires sans broncher et qu'il faudra également s'attendre à des résistances sérieuses en France. Mais si nous comparons avec fierté l'amour de l'indépendance individuelle de l'Anglais avec celui du Français, l'écart de docilité pour les mesures sanitaires en France est considérable par rapport à l'Angleterre. C'est, d'après nous, parce que l'Etat n'a pas préparé suffisamment ses mesures sanitaires par des lois de prévoyance sociale, telles que l'assurance obligatoire contre la vieillesse et la maladie ; il s'y ajoute l'absence d'indemnité pour une restriction dans le choix du lieu de séjour ou des locaux du travail, ou pour l'isolement des contagieux ou suspects et enfin pour la destruction ou la détérioration des objets contaminés pendant la désinfection obligatoire. Ensuite l'autorité doit toujours donner le bon exemple par l'application rigoureuse de l'hygiène dans les bureaux, dans les casernes, dans ses arsenaux et ses bâtiments de guerre et les écoles. C'est ce qui se fait à la lettre en Allemagne et dans les établissements de bienfaisance privée. Ainsi l'enfant, le soldat, le marin, le malade, l'invalide, apprend nécessairement les bonnes règles d'hygiène collective et privée, les applique ensuite automatiquement et les propage dans la famille, dans laquelle il devient souvent apôtre d'hygiène et maniaque ennuyeux. L'autorité, qui prêche l'exemple, trouve en Allemagne un appui dans la presse quotidienne, qui fait paraître plusieurs fois par an des articles sur la déclaration des maladies contagieuses, etc., leur danger et les mesures à leur opposer.

De même qu'en France, l'application des mesures sanitaires est en Allemagne entre les mains des municipalités, par conséquent sous la direction du maire. En France, on remarque trop, dans la pratique, l'influence de l'électeur sur son maire, lorsque celui-ci touche par une mesure d'ordre général à quelques intérêts particuliers. Il y a là un « paradoxe » à la base de la loi.

En Allemagne ce paradoxe n'a pas de valeur. Les raisons principales peuvent se résumer ainsi :

1° Le maire allemand est plus stable que le français. Sa nomination par les conseils municipaux se fait en dehors d'eux ; ils sont nommés pour la première fois pour 12 ans ; en général ils sont réélus et restent toute la vie à la tête de leur ville. Ils peuvent donc poursuivre, grâce à cette stabilité, des réformes de longue haleine ; ils font généralement une carrière de maire, font des avancements en passant d'une place modeste à une autre meilleure et deviennent une sorte de fonctionnaire.

2° Le médecin officiel est le délégué de l'autorité du district ou du cercle ; il est bien payé par l'Etat et par conséquent reste assez indépendant ; il a aussi un avancement rapide. Comme exemple je citerai le savant Koch qui, très vite, de simple médecin officiel d'une petite ville de province, est devenu « membre du Conseil supérieur d'hygiène ».

En France, les inspecteurs départementaux de l'hygiène publique pourraient agir à la manière des médecins officiels allemands, mais il faudrait les faire dépendre du pouvoir central et les rémunérer mieux qu'actuellement.

Le personnel de l'administration sanitaire en Allemagne.

A. *Organisation centrale sanitaire.*

L'Allemagne, Etat confédéré, avec une autonomie sur le terrain de la police sanitaire dans chaque pays confédéré comme d'ailleurs sur bien d'autres rouages administratifs, a une organisation de l'hygiène publique bien compliquée.

Il y a cependant une organisation sanitaire centrale, sous la direction du chancelier de l'Empire, nommé par l'empereur. Le chancelier a comme conseil pour l'hygiène publique l'*Office Sanitaire Impérial*, qui équivaudrait au *Conseil supérieur d'Hygiène* en France. L'Office sanitaire Impérial (*Kaiserliches Gesundheitsamt*) comprend actuellement quatre sections : 1° Section de médecine ; 2° Section chimico-hygiénique ; 3° Section vétérinaire ; 4° Section de bactériologie.

Par une loi impériale du 30 juin 1900, on créa à côté de l' « Office sanitaire Impérial » un nouveau rouage le *Reichsgesundeistrath*, le Conseil Sanitaire de l'Empire. « Ce conseil sanitaire doit appuyer le « *Gesundheitsamt* » dans l'accomplissement de la tâche qu'il a à remplir ; il lui est permis, pour être renseigné, de se mettre en relations directes avec les autorités désignées à cet effet, d'envoyer des délégués qui, avec le concours des autorités compétentes, se renseignent sur les lieux ».

Le *Conseil sanitaire de l'Empire* est divisé en 9 unités qui sont les suivantes : 1° hygiène générale, notamment en ce qui concerne les habitations, le chauffage, la ventilation, l'éclairage l'habillement, les écoles, les bains, l'inhumation et le transport des cadavres ; 2° alimentation, non compris l'épuration des cours d'eau ; 3° service des eaux et égouts, y compris l'épuration des cours d'eau ; 4° hygiène industrielle ; 5° lutte contre les épidémies, y compris la désinfection ; 6° médecine générale, notamment le transport et le placement des malades, ainsi que les questions touchant le personnel médical ; 7° médicaments, y compris la manipulation des poisons ; 8° hygiène de la navigation et des tropiques ; 9° service vétérinaire, y compris la statistique des épidémies des animaux, les questions touchant le personnel vétérinaire et la visite des viandes.

B. *Organisation sanitaire des Etats confédérés. Exemple : la Prusse.*

En *Prusse*, l'hygiène publique dépend du Ministère de l'Instruction publique, des Cultes et des Affaires médicales, conseillé par un comité technique : la *Délégation Scientifique pour la médecine*. La Prusse a encore l'*Institut Royal pour les maladies contagieuses*, l'*Etablissement Royal d'Essais et de Vérification pour le service des Eaux et des Egouts* fondé en 1901.

La Prusse est divisée en onze provinces ; chaque province a à sa tête un gouverneur « Oberpräsident », qui règle la police sanitaire dans sa région et qui a un conseil technique consultatif, analogue aux conseils départementaux d'hygiène en France. Les provinces se subdivisent en départements (*Regierungsbezirke*) qui possèdent des conseillers sanitaires pour chaque branche sanitaire.

Le « *Regierungsbezirke* » dispose, pour l'application de la police sanitaire, de fonctionnaires médecins rétribués par l'Etat, le « *Bezirksarzt* » — le médecin du district. Au-dessous de ce fonctionnaire, médecin supérieur, il y a encore une catégorie inférieure ; le « médecin de cercle », le *Kreisarzt*, également payé par l'Etat. Le cercle correspondrait chez nous à un arrondissement.

Les médecins officiels sont des médecins d'Etat qui ont passé, en outre, un examen supplémentaire sur une triple épreuve : hygiène, médecine légale et psychiatrie (*Physikatsprëfung*).

Les médecins officiels indiquent les mesures contre les maladies épidémiques et contagieuses ; ils surveillent la salubrité des villes, des habitations, des écoles, des usines, des hôpitaux, les inhumations, les cimetières, la police des denrées alimentaires ; ils assurent encore l'assistance médicale aux indigents.

C'est sur ces médecins officiels, qui trouvent leur équivalent dans tous les Etats confédérés, que se base toute l'organisation sanitaire en Allemagne et surtout la *législation impériale contre les maladies transmissibles.* (*A suivre.*)

Les problèmes médico-sociaux à l' « Officiel »

I

L'usurpation des titres et grades universitaires

Proposition de loi tendant à la répression de l'usurpation des titres et grades universitaires, présentée par MM. Emile-Laurent, Amiard et Dalimier, députés. (Journal Officiel, 20 *mai* 1914.)

Exposé des motifs.

Messieurs, aux termes d'un arrêt de la Cour de Paris du 23 décembre 1912, maintenu sur pourvoi par un arrêt de la Cour de cassation du 6 juin 1913, ne commet pas le délit d'usurpation de titre universitaire, le candidat à une fonction élective qui fait suivre son nom, sur des affiches et des bulletins de vote, du titre de docteur en droit qu'il ne possédait pas ou qui ne lui aurait été délivré que par une université étrangère.

Cette solution est intervenue dans les circonstances suivantes :

Aux élections législatives de 1910, M. D..., qui se présentait dans un arrondissement du Midi, eut plusieurs concurrents. L'un d'eux, ayant fait suivre son nom du titre de docteur en droit qu'il ne possédait pas ou qui ne lui avait été délivré que par une faculté étrangère, M. D... l'assigna devant le tribunal correctionnel de la Seine pour s'entendre convaincre du délit d'usurpation de titre universitaire.

Sans doute, l'usurpation du titre français de docteur en médecine est prévue et punie par l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. Mais quel texte atteint l'usurpation du titre de docteur en droit ou de tout autre titre universitaire ? On a pensé qu'un tel fait pouvait constituer le délit prévu par les articles 5 et 8 de la loi du 18 mars 1880, relative à la liberté de l'enseignement supérieur, lesquels sont ainsi conçus : Art. 5. « Les titres ou grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou les concours réglementaires subis devant les professeurs ou les juges de l'Etat. » Art. 8 : « Toute infraction aux dispositions des articles 4 et 5 de la présente loi sera punie d'une amende de 100 fr. à 1,000 fr. et de 1,000 à 3,000 fr. en cas de récidive. »

Cependant, comme on l'a vu, la jurisprudence se refuse à considérer que l'usurpation d'un titre universitaire tombe sous l'application des dispositions qui précèdent. Pour le décider ainsi, elle se fonde sur le principe d'interprétation restrictive des lois pénales et, il faut bien reconnaître, en effet, que l'article 5 paraît relatif à la collaboration des grades et que, en tout cas, il n'édicte pas, comme l'article 20 de la loi du 30 novembre 1892 précitée, l'interdiction de porter un titre conféré par une faculté étrangère, sans faire suivre cette mention d'une indication particulière.

Assurément, cette argumentation n'est pas sans réplique et, comme on l'a déjà fait observer au Sirey 1913, 2,150, en note, sous l'arrêt de la Cour d'appel du 23 décembre 1892 dont s'agit, l'interprétation que donne cette décision de la loi de 1880 paraît assez nettement en contradiction avec les travaux préparatoires de cette loi.

Voici, en effet, ce qu'on lit dans l'exposé des motifs de la loi de 1880 : « L'abus que nous voulons réprimer par l'article 5 est flagrant. Des

étrangers et des Français gradués à l'étranger s'attribuent, dans notre pays, des titres à l'aide desquels ils surprennent la confiance publique. »

S'il est admis qu'en vertu de l'article 78 de la loi du 15 mars 1850 et des dispositions du décret conforme du 5 décembre de la même année, des équivalences de grades et des autorisations d'enseigner, générales ou limitées, peuvent être accordées à des étrangers, le conseil supérieur de l'instruction publique entendu, « il devient nécessaire de mettre un terme à des usurpations de grade ou de titres qui portent atteinte à l'ordre public ». Et le rapport de M. Spuller ajoute : « Quant aux usurpations de titres, elles sont répréhensibles et punissables ; il y a d'ailleurs un intérêt de premier ordre à ne point laisser s'avilir les titres et grades décernés par nos facultés. »

Quoi qu'il en soit, en présence de l'arrêt de la cour de cassation du 6 juin 1913, il paraît impossible d'attendre d'un revirement de jurisprudence toujours long à se produire et d'ailleurs, sinon improbable, du moins très hypothétique, le remède à une situation qui offre les plus sérieux comme les plus pressants dangers.

En effet, l'usurpation de titres universitaires ou l'usage de diplômes étrangers, sans indication de provenance, porte, il est à peine besoin de le dire, l'atteinte la plus grave à l'ordre public ; elle peut, en outre, léser de la façon la plus sensible les intérêts privés.

Qu'il puisse y avoir un dommage considérable, pour l'ordre social, dans une telle usurpation, c'est ce qu'indiquait déjà, comme on l'a vu, le rapport de M. Spuller, lors des travaux préparatoires de la loi de 1880.

L'on est, en effet, en présence d'un intérêt essentiel et primordial à sauvegarder. Il ne s'agit de rien moins que de défendre le rayonnement intellectuel du pays. Et il est clair que ce patrimoine, ce domaine intellectuel, si cher à tous, serait sérieusement atteint, peut-être à tout jamais compromis, si nos titres et grades universitaires étaient déchus de leur valeur. Or, manifestement, ces titres seraient fatalement avilis et dépréciés le jour où il serait impossible de distinguer entre les véritables titulaires de diplômes et les imposteurs. Ce jour-là les travailleurs sérieux, découragés, déserteraient les établissements d'enseignement.

L'intérêt capital qu'a la Société à empêcher la fraude que constitue l'usurpation de titres, a été à un autre point de vue, récemment mis en lumière, précisément par l'espèce soumise à la jurisprudence et ci-dessus rapportée où le suffrage universel lui-même — source de tout pouvoir dans notre démocratie et qui, pour ce motif, doit être appelé à se prononcer en toute connaissance de cause — a été, en complète impunité, indignement bafoué et trompé par un candidat ayant eu l'audace de se parer publiquement d'un titre universitaire ne lui appartenant pas ou émanant de l'étranger sans que cette origine ait été indiquée.

L'intérêt privé n'est ni moins considérable ni moins apparent.

Celui qui, ayant pris faussement la qualité de titres universitaires, a ainsi réussi, à l'aide de cette manœuvre, à se faire confier par des tiers des mandats quelconques, sera peut-être incapable de les remplir. Il causera ainsi à ses mandants un préjudice qui pourra être parfois considérable et même, en certaines hypothèses, complètement irréparable.

D'autre part, l'usurpateur de titres universitaires, par la concurrence déloyale qu'il fait à celui qui en est légitimement investi, cause à celui-ci un dommage certain et appréciable, puisque, frauduleusement, il prive celui-ci du fruit naturel de ses études, de ses travaux, de ses efforts, de ses succès.

En résumé, comme le disait M. Combes dans son rapport au Sénat sur la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours, « on ne comprendrait pas que, dans un pays où les concours et examens publics ont été institués pour garantir contre l'ignorance et l'incapacité l'exercice des professions libérales les plus recherchées ou pour assurer aux fonctions publiques une élite de candidats, la loi se montrât indifférente à l'égard des manœuvres tendant à déjouer et à rendre inutiles ces nécessaires précautions ».

Aussi le Parlement a-t-il, sans hésitation, voté la loi précitée du 23 décembre 1901 qui, ainsi qu'on l'a dit ci-dessus, réprime les fraudes dans les examens.

Ne serait-il pas du plus criant illogisme de ne pas atteindre et réprimer le fait au moins aussi grave de supposer l'examen ?

D'ailleurs, en punissant l'usurpation de titres universitaires, le législateur ne fera que s'inspirer du droit commun tel que l'établit l'article 405 du code pénal qui déclare escroc celui qui a pris une fausse qualité.

Il convient, du reste, de remarquer que la presse judiciaire, en reproduisant les arrêts qui ont inspiré la présente proposition, s'est unanimement prononcée dans le sens d'une réforme législative tendant à réprimer la fraude qui venait de se révéler.

C'est dans ces conditions que nous avons été amenés à proposer la répression du délit d'usurpation de titres universitaires par un texte qui emprunte ses pénalités précisément à la loi du 23 décembre 1901 précitée. Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous soumettre le texte suivant :

Proposition de loi.

Art. 1er. — Sera puni d'un emprisonnement

d'un mois à trois ans et d'une amende de 100 fr. à 10,000 fr. quiconque aura usurpé un titre ou grade universitaire ou aura pris en France un titre ou grade universitaire conféré à l'étranger, sans en indiquer l'origine.

Art. 2. — L'article 463 du code pénal sera applicable aux infractions prévues par la présente loi.

II

Sages-femmes et herboristes.

Rapport sur la proposition de loi de M. Louis Marin, tendant à assurer le recrutement des sages-femmes et à supprimer la 2e classe pour les herboristes et les sages-femmes, par M. Gilbert Laurent, député.

Messieurs, notre collègue, M. Louis Marin, a déposé une proposition de loi « tendant à assurer le recrutement des sages-femmes et à supprimer la 2e classe pour les herboristes et les sages-femmes ».

Notre collègue fait observer avec raison que le législateur a supprimé les officiers de santé, lesquels étaient des façons de docteur de 2e classe, que la loi a supprimé également les pharmaciens de seconde classe et qu'il n'existe des diplômes de 2e classe que pour les herboristes et les sages-femmes. Il insiste sur l'infériorité dans laquelle se trouvent placées les sages-femmes de 2e classe, qui ne peuvent exercer leur profession dans toute la France, mais seulement dans le département pour lequel elles ont opté au moment de la délivrance de leur diplôme ; limitation des plus gênantes à la fois pour elles et pour leurs clientes.

M. Marin demande donc qu'on fasse cesser l'inégalité existant entre ces deux catégories de diplômes et qu'il n'y ait plus que des sages-femmes et des herboristes de 1re classe, pouvant exercer dans la France entière et ses colonies.

Les motifs invoqués par notre collègue sont justes. Mais d'autres raisons encore militent en faveur de la suppression des herboristes et surtout des sages-femmes de 2e classe.

Il est certain que lorsque le législateur a créé des deuxièmes classes en médecine, pharmacie, herboristerie, accouchement, c'est parce qu'il y avait alors pénurie de sujets. Pour combler les vides on voulut créer des sous-médecins, des sous-pharmaciens, des sous-sages-femmes. On avait alors l'illusion que, d'origine, d'instruction, de goûts plus modestes,ces sous-diplômés iraient s'installer dans les campagnes. En réalité, la très grande majorité s'installe dans les villes et même dans les grandes villes.

Ces deuxièmes classes ne rendent donc pas les services qu'en avait espérés le législateur : aussi leur suppression est-elle à désirer. C'est fait pour les médecins et les pharmaciens ; on ne délivre plus de diplômes d'officier de santé, ni de pharmacien de 2e classe. Le recrutement des médecins et des pharmaciens n'en a été en rien gêné, bien qu'on ait maintenu à l'entrée des carrières médicale et pharmaceutique un niveau d'instruction élevé.

Il est nécessaire d'élever également le niveau d'intruction des candidats aux titres d'herboristes et de sages-femmes. Pour les sages-femmes, le Corps médical tout entier, et spécialement les accoucheurs et les professeurs des écoles d'accouchement, déplorent tous le manque d'instruction des candidats sages-femmes de 2e classe. Quelques-unes savent à peine lire et écrire et sont incapables de rédiger correctement une ordonnance ou une note pour le pharmacien.

Cette ignorance a donné lieu à de fréquentes erreurs, parfois graves. Si les candidates font parfois certaine figure à l'examen, c'est le plus souvent qu'elles répondent comme de bons perroquets.

Après s'être laissé gaver pendant deux années d'études, après avoir plus ou moins mal assimilé les leçons théoriques et pratiques données par leurs maîtres, le jour de leur réception, elles ferment définitivement leurs manuels et leurs livres.

Peu à peu leur savoir, tout de superficie, s'efface et disparaît. Leur trop léger bagage scolaire ne leur ayant pas donné le goût de la lecture et de l'étude, elles négligent toute culture professionnelle ou scientifique, il ne leur reste bientôt plus que la routine.

Il est donc nécessaire, dans l'intérêt de la santé publique, de n'admettre comme élèves accoucheuses que des jeunes filles ayant déjà une certaine instruction. Il faut uniformiser le titre, le niveler, non en l'abaissant, mais en le relevant. Comme l'exige le décret du 25 juillet 1893, il faut demander aux futures accoucheuses d'être munies, au début de leur scolarité, du brevet élémentaire de l'enseignement primaire, ou du certificat d'études secondaires.

La commission de l'enseignement et des beaux-arts a accepté la proposition de loi de M. Louis Marin et vous propose de la voter. Elle en a modifié légèrement le texte, mais seulement dans le but de le rendre plus clair et plus précis. Elle vous propose donc de voter l'article unique de la loi.

Proposition de loi

Article unique. — Désormais, il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de sage-femme et qu'un seul diplôme d'herboriste, correspondant l'un et l'autre, pour chacune de ces deux professions, au diplôme de 1re classe existant lors de la promulgation de la présente loi.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'administration.

Séances des 14, 20 *et* 28 *mai* 1914.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3364 Granat, à Marseille, 28, Allées de Meilhan.
3365 Rault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).
3366 Basset, à Ydes (Cantal)
3367 Codur, à St-Loup-sur-Semouse (Haute-Saône).
3368 Curel, à Cavaillon (Vaucluse).
3369 David, à Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).
3370 Monmayou, à Bordeaux.

— Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 141 fr. 55, pour frais de l'arrêt du Conseil d'Etat qui a rejeté le recours du Dr R. contre une commune.

— Le Dr S. demande le remboursement de la somme de 850 fr. qu'il a payée pour honoraires à son homme d'affaires, à son avoué et à son avocat, dans les deux procès d'accidents du travail qu'il a eus à soutenir en justice de paix et en appel contre un patron. De cette somme, il y a lieu de déduire celle de 376 fr. avancée par le « Sou », pour les honoraires d'expertises, et recouvrés par le Dr S., qui a gagné ses procès.

Le Conseil ordonnance le paiement de la différence, soit 474 fr.

— Le Dr P. est traîné en appel d'un jugement de paix condamnant un patron à lui payer des honoraires pour soins donnés à la victime d'un accident du travail dont la responsabilité est contestée.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr P., pour défendre à cet appel, qui paraît d'ailleurs avoir été tardif.

— Le Dr G. est traîné en appel d'un jugement de paix rejetant l'application de la prescription d'un an en matière d'honoraires accidents.

L'appui pécunaire lui est accordé pour défendre à cet appel, irrecevable comme formé, contre un jugement en dernier ressort.

— Le Dr C. a gagné son procès en recouvrement d'honoraires pour réduction de fracture de la jambe chez un blessé du travail, pratiquée d'urgence, et que la Compagnie refusait de payer sous prétexte que son médecin avait procédé ultérieurement à une nouvelle réduction.

— Le Conseil ordonnance le paiement de la somme de 274 fr. 93, pour frais de l'arrêt rendu par la Chambre civile de la Cour de cassation dans l'affaire du Dr A.

— Le Dr O. demande l'intervention du « Sou médical » dans un différend avec une Compagnie d'assurances à propos de prétendus abus de prescriptions pour un blessé du travail.

M. Diverneresse assistera M. le Dr O. à l'expertise qui aura lieu prochainement dans cette affaire.

— Le Dr T. demande l'appui pécuniaire pour interjeter appel d'un jugement de paix qui repousse le cumul dans l'application du Tarif Dubief (*Accordé*).

— Le Dr M. demande l'appui pécuniaire pour défendre à l'appel interjeté par un patron, condamné par le juge de paix au paiement des frais médicaux pour soins donnés à son ouvrier blessé. Il s'agit de la seconde partie d'une note d'honoraires dont la première a déjà donné lieu à un jugement actuellement en instance d'appel.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour cette seconde affaire comme pour la première.

— Le Dr R. se voit contester le cumul des consultations avec les séances de massages par l'électricité, faites à un blessé du travail, sous prétexte que, le médecin traitant ayant fixé le nombre des séances, lui, médecin électricien spécialiste, n'avait pas eu à procéder à l'examen du blessé préalablement aux séances d'électrisation.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr R, pour poursuivre le recouvrement de sa note d'honoraires, y compris les honoraires des consultations.

VARIÉTÉS

Optimistes... quand même !

Le Français en général et les médecins en particulier ont un mauvais moral, depuis quelque temps déjà. Ces derniers n'ont que trop de raisons (vous les connaissez tout aussi bien que moi) d'être parfois sombres et préoccupés. C'est pourquoi il faut accueillir avec gratitude tout ce qui pourra les dérider et les inciter à se reprendre.

Que le réconfort nous vienne de n'importe quel côté, il sera bien accueilli. Il y a lieu de se réjouir même des victoires récentes du théâtre gai sur le théâtre triste, de l'art dramatique qui amuse sur celui qui ennuie.

Il faut savoir gré aux auteurs qui, au lieu de

nous assombrir encore, au lieu d'exagérer le pessimisme qui fut trop longtemps en vogue, savent observer en riant et nous peindre la réalité sous des couleurs non attristantes.

Sans avoir une ingénuité d'enfant, vraiment, nous en avons assez des écrivains qui ne savent voir dans la vie que ce qu'elle a de bas, de laid, de douloureux, d'impitoyable.

Après avoir longtemps vécu dans une atmosphère fétide, on aime à lire des livres ou à applaudir des pièces qui « ont un fond de gaieté, de belle humeur, qui nous mettent en confiance et d'avance en joie. »

Il est facile de nous distraire sans frivolité, ni pornographie, sans encourager pour cela les danses sans chemise, les saynètes libertines et les jupes fendues.

Je propose un triple ban en l'honneur des descendants de Molière, imitateurs respectueux, à la libre allure, à l'esprit fantaisiste, qui cherchent à nous instruire ou à nous corriger, tout en nous amusant.

Confrères, que la mélancolie guette, ne craignez pas, à titre de diversion, d'aller entendre ou de répéter les refrains frondeurs et ironiques de Montmartre, contre les Mazarins modernes qui nous font payer si cher le bonheur d'être gouvernés.

Jamais des chansonniers de la Butte n'eurent de plus belles occasions d'exercer leur verve caustique. Si, émules de Polyeucte, ils n'ont plus la possibilité de renverser les faux dieux, ils peuvent du moins les fustiger de couplets malins, de rimes mordantes, de satires vengeresses, et, qui sait ? à la longue, ceci tuera peut-être cela, je veux dire la cause de nos soucis.

C'est après tout un rôle bienfaisant que celui du flonflon qui désarme les colères, qui fait patienter les croquants que l'on croque, qui parvient à faire sourire Hippocrate et à le calmer.

Oui, les humoristes rendent de réels services, en faisant s'esclafer une moitié de l'humanité, au détriment de l'autre moitié.

Au fond, malgré vos tourments intimes, n'êtes-vous pas convaincus que les médecins d'aujourd'hui sont tout aussi heureux que leurs prédécesseurs, qu'ils sont plus libres aussi, plus capables d'élargir leurs aspirations et de s'imposer ?

Il en est à peu près de même pour les autres classes sociales, dans tous les pays.

« Les réprouvés, les humiliés, les offensés, diminuent en grand nombre, à cause des efforts de tous les peuples pour instruire, moraliser et donner plus de bien-être à ces rejetés du sort. Nous vivons dans une phase transitoire, mais les efforts qui tendent à rendre plus saines et plus normales les conditions de notre milieu éclatent partout et une conception sereine de la vie détruira les misères imaginaires ; le bonheur s'annonce, prolongement de celui déjà réalisé ».

Comment ne pas accueillir l'horoscope avec satisfaction ? Je vous laisse le soin de le méditer, de l'élargir, d'en répandre la bonne nouvelle dans notre corporation.

Assez d'alarmes ! Ayons un peu plus de confiance en nous-mêmes, et fussions-nous sur un volcan, puisqu'il y a des gens que cela amuse, laissons-les danser le tango !

Nombreux sont les médecins qui ont su nous donner le bon exemple, en conservant leurs primes ardeurs, l'âme de leur jeunesse. Je me contenterai de citer le lauréat du prix Nobel de médecine, dont il a été beaucoup question dans ces derniers temps. Je veux parler du cher, de l'excellent professeur Richet, à la fois savant, philosophe, philanthrope, inventeur, auteur dramatique et poète, qui toute sa vie s'est passionné pour tant de choses, dont le caractère élevé a pu se définir en deux mots : Justice et bonté.

C'est avec raison et équité qu'un membre de l'Académie des sciences, Gaston Bonnier, a célébré sa vie si noblement remplie. Son âme, dit-il, « est restée toujours la même, *ouverte à tous les optimismes*, se confiant à la bonté des choses, admirant la nature et ses merveilles, la science et ses progrès, ne voulant connaître des hommes que leurs belles pensées et leurs belles œuvres, rejetant comme impossible dans l'avenir tout ce qui déshonore l'espèce humaine, depuis la jalousie de Caïn jusqu'aux horreurs de la guerre moderne ».

Vous pourriez me répondre qu'il est facile de voir tout en beau, lorsqu'on a eu dans son jeu autant d'atouts que Charles Richet, sans que cela lui enlève de son mérite personnel ; il est certain qu'il a dû bénéficier de l'héritage scientifique de son père, des traditions libérales et humanitaires de ses ancêtres maternels. Il a appris en particulier avec son grand-père, Charles Renouard, député d'Abbeville, de 1831 à 1846, conseiller à la Cour de Cassation, pair de France, que l'« homme peut devenir bon, que le progrès et le perfectionnement moral ne sont pas de vaines chimères qu'il faut aimer ses semblables et vouloir les affranchir de toute servitude, de toute tutelle, pour les laisser développer leur puissance en pleine liberté ».

Si nous ne pouvons pas nous élever aussi haut que lui, ayons du moins comme lui confiance dans l'avenir de notre espèce et de notre profession, et, comme dans un de ses livres, intitulé *La douleur des autres*, n'oublions pas qu'autour de nous et plus bas, il y a des êtres qui ont des raisons plus nombreuses de se plaindre.

. . . .

C'est sans transition que je vais aborder, sur un ton moins solennel, une des raisons que nous avons de garder en nous une flamme joyeuse, de vivifiantes espérances : Dans une pièce frivole, mais bien amusante, de Lavedan, *Le Nouveau*

jeu, un des personnages, Costard, demande à la jeune femme qu'il convoite et veut épouser, si elle est gaie, et Alice, qui n'est pas vieux jeu du tout, pas globe de pendule, lui répond avec conviction : Toujours, par hygiène !.

Ce *par hygiène* m'a paru singulièrement éloquent et suggestif. C'est qu'en effet, l'ennemi, c'est le découragement. Quand on s'ennuie, on perd l'appétit, et on ne peut plus digérer ; rien n'est bon, tout est lourd, on dort mal et on n'a plus aucune énergie.

Je suis pour les diversions fréquentes, surtout pour les médecins qui auraient facilement l'humeur atrabilaire. Qu'ils se gardent bien d'accumuler les nuages autour d'eux, car il faut qu'il fasse clair dans leur vie !

Que tout coupable, disposé à se laisser assombrir, à exagérer ses ennuis, se hâte d'entrer dans la voie des aveux, dans un giron ami, à l'oreille bienveillante d'un confident sympathique, à la mentalité saine et enveloppante.

Après une semaine bien remplie, c'est le cas de se reposer le septième jour, en donnant à ce mot jour, comme dans les Ecritures, une étendue fort élastique.

Il est admis que le malade qui ne se frappe pas a plus de chances de guérir que celui qui se croit perdu et ne cesse de répéter que sa dernière heure est proche. De même, le premier sourire de l'enfant qui est resté longtemps abattu, insensible à tout ce qui l'entoure, est généralement le prélude de la convalescence. Pourquoi l'oubliez-vous, pour votre propre compte, lorsque c'est votre moral qui est touché, lorsqu'en vous ressaisissant en secouant votre torpeur, votre fortune peut se relever et prendre un nouvel essor ?

Comme nos dispositions intrinsèques sont plus ou moins liées à notre état physique, je recommande toujours en pareil cas, aux confrères que je vois obnubilés, sans lésions appréciables, d'user largement des exercices gradués, de l'entraînement, des sports en commun, et, consécutivement, de l'hydrothérapie, lorsqu'ils en ont les moyens. A défaut des grandes applications, il est toujours possible d'y suppléer par des procédés plus simples, ablutions, drap mouillé, frictions, etc.

La marche méthodique, en compagnie d'un entraîneur loquace, disposé à faire la nique à la philosophie nébuleuse de l'école de Schopenhauer, est un remède salutaire, dont on a le tort de ne pas user avec persévérance, dans l'intervalle des visites ou des consultations.

Après une bonne randonnée, n'aurait-on été égayé que par le bavardage d'un enfant, heureux d'essayer ses forces et de montrer qu'il a des jambes aussi solides que papa, on revient rasséréné au bercail et disposé à faire honneur aux petits plats, mystérieusement élaborés durant la fugue du cher misanthrope.

Cela vaudra mieux que de persévérer dans votre découragement, et, j'en demande pardon à la grande ombre du grand Bourdaloue, de vous rendre à son invitation pressante de penser souvent à la mort, de vous appesantir sur son fameux *memento* et de ne prendre que les résolutions qui conviennent à un homme qui doit mourir.

Il est possible que ce soit un remède souverain pour amortir le feu des passions, la règle la plus infaillible des déterminations à envisager, enfin le motif le plus puissant pour inspirer et soutenir la ferveur.

Mais il faut vivre d'abord et conserver la vie autour de soi : Que d'autres, plus purs et mieux doués, aillent s'enfermer dans des couvents et fassent pénitence, c'est leur affaire ; l'instinct de la conservation est non moins sacré, il nous vient de la même source divine, et le médecin qui l'aura respecté et entretenu chez lui, comme chez autrui, n'aura certainement pas démérité.

Il importe qu'il reste constamment optimiste, dans son propre intérêt et pour l'équilibre des clients de tout ordre qui lui accordent leur confiance.

Dr GRELLETY (de Vichy.)

REPORTAGE MÉDICAL

— **Concours pour le Clinicat.** — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de Médecine de Paris, le mercredi 1er juillet 1914, à 9 heures du matin.

Places mises au concours	Titulaires	Adjoints
1° Clinicat médical	3	3
2° — des maladies mentales	2	
3° — des mal. cutanées et syphilitiques	1	1
4° — des malad. nerveuses	1	1
5° — ophtalmolog.	1	2
6° — méd. infantile	1	2
7° — gynécologique	»	1
8° — thérapeutique	1	1

Conditions du concours

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 20 juin, inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à 3 heures.)

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. — Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

Trente-sixième année. N° 24 *bis.* (Supplémentaire). Mercredi 17 Juin 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

AVIS IMPORTANT

Les numéros spéciaux que nous éditons périodiquement ne représentent pas exactement le Concours Médical *dans sa forme et son texte habituels, ils doivent être considérés comme des suppléments consacrés à deux questions générales, scientifique et professionnelle. Nous nous mettrons à la disposition des confrères qui ne connaissent pas encore notre organe pour leur adresser le* Concours Médical *gratuitement à titre d'essai pendant deux mois, sur leur demande.*

CORRESPONDANCE

Assistance médicale gratuite.

J'ai soigné récemment un malade admis d'office à l'assistance médicale gratuite et, comme je suis propharmacien, je lui ai fourni les médicaments que réclamait son état. Or, le maire me déclare qu'il ne paiera que les frais se rapportant aux dix premiers jours de maladie, l'assisté n'ayant pas son domicile de secours dans la commune. Comment vais-je me faire payer le surplus et à qui dois-je m'adresser ?

Réponse.

Lorsqu'un malade, qui n'a pas son domicile de secours dans la commune, est admis d'office à l'assistance médicale gratuite — et il ne peut être admis que d'office — le maire doit immédiatement en aviser la préfecture en donnant tous les détails qu'il a pù recueillir : nom et prénoms du malade, date et lieu de naissance, localités qu'il a pu successivement habiter avant d'arriver dans la commune où il est tombé malade. La préfecture fait alors les démarches nécessaires pour déterminer le domicile de secours qui, suivant le cas, sera une autre commune, ou bien un département, ou enfin l'Etat, et c'est cette commune, ce département ou l'Etat qui aura la charge des frais de maladie postérieurs aux dix premiers jours. Ces dix premiers jours étant seuls à la charge de la commune où l'assisté est tombé malade.

Quant au médecin, il doit établir deux mémoires : l'un pour les dix premiers jours, l'autre pour la période postérieure. Les prix portés sur ces deux mémoires devront toujours être les mêmes, le médecin soignant le malade dans la même commune. Ces mémoires devront être visés par le maire, et, suivant le cas, envoyés à la préfecture, si la commune est rattachée à un service départemental, ou remis à la mairie, si la commune jouit d'un service municipal spécial.

C'est ce service d'assistance qui devra mandater et faire les démarches nécessaires pour se faire rembourser par le responsable.

Le médecin fera bien, dans tous les cas, de s'assurer qu'au moment de l'admission à l'assistance, le maire a fait la démarche nécessaire.

A. Gassot.

L'exercice illégal.

L'autre soir, j'entrai dans un petit café, pour y déguster une bouteille de bière. J'étais de passage à bicyclette, et dame ! après vingt kilomètres de poussière !

Survinrent soudain dans la cuisine deux « sœurs » — qui s'empressèrent près de la patronne de céans. Depuis l'an dernier, comment allez-vous ? disait l'aînée des sœurs. Le temps semble meilleur, il fait plus chaud.

— Il faut prendre le temps comme le veut le Bon Dieu, renchérissait la plus jeune.

Pendant ce temps, la bonne Mme D... cherchait dans son tiroir-caisse quelque monnaie de billon.

La sœur, n'oubliez pas des « demêlures » si vous en avez, voulez-vous les mettre de côté, pour nous, au lieu de les brûler, ou les jeter ?

Une servante avoua à ce moment « avoir perdu l'an dernier beaucoup de ses cheveux » à la suite d'un érysipèle (?)

Ah ! dit la sœur, vous devriez prendre des granules homéopathiques pendant six à huit jours, et les rougeurs de la face et de la tête disparaîtront ! Ici, fut donnée l'adresse, à Paris.

Mais j'entendis encore :

La servante. « Le médecin d'ici, m'a dit qu'il fallait attendre, cela suivrait son cours. »

Ah ! dit toujours la sœur à lunettes, sentant qu'elle perdait pied, en effet, c'est long, il n'y a rien à faire.

Les bonnes sœurs s'en furent. Mais combien je préfère le charlatan, sur la foire, qui vous vend son onguent pour les Poires — à grand renfort d'un orchestre tapageur.

Il est moins insidieux, plus malin peut-être, mais il se pavane au grand jour, et ne glisse pas de seuil en seuil, pour trouver la bonne dévote qui souscrira pour les granules homéopathiques ou la pommade de l'abbé X.

Je ne suis ni sectaire, ni méchant, mais je voudrais voir chacun à sa place, les sœurs dans leur couvent, le prêtre en son église, et surtout qu'ils n'en sortent pas pour exercer à nos dépens.

Dr N.

LE IVe CONGRÈS DES PRATICIENS DE FRANCE

PARIS, 27, 28, 29 MAI 1914

Le IVe Congrès des Praticiens, qui s'est tenu à l'Hôtel des Sociétés Savantes du 27 au 29 mai sous la présidence du Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, a été un grand succès moral pour le Corps médical syndiqué.

Le nombre des délégués, venus de tous les coins de France, envoyés tant par les Syndicats adhérents à la vieille Union que par les Syndicats dissidents, l'entente parfaite de tous les groupements professionnels qui permet d'espérer dans un très bref délai la cessation de toute dissidence et l'unification complète des syndicats médicaux, la grande valeur des rapports présentés, la belle tenue des discussions, dirigées avec autorité par un président unanimement aimé et respecté, l'énergie, mise dans la défense professionnelle par des champions comme Lafontaine, aux efforts de qui tous, même ses adversaires d'hier, se sont plu à rendre hommage ; l'habileté, la maîtrise de soi et l'éloquence d'orateurs comme Le Fur, la sincérité, le labeur et la science de rapporteurs tels que Rinuy, Küss, Bertillon, Lenglet et autres, l'intervention de hauts personnages représentant officieusement les pouvoirs publics, tout en somme a contribué à donner à ces assises une importance qu'aucun Congrès professionnel médical n'avait eue jusqu'alors.

En ce moment critique où se joue peut-être l'avenir de la profession médicale, les Congressistes ont fait preuve d'une telle gravité, d'un tel souci de se renseigner, d'un tel désir de se montrer à la fois énergiques et mesurés dans leurs résolutions, dont les plus importantes ont été prises à l'*unanimité*, que tous les assistants ont eu l'impression de l'éclosion dans le Corps des praticiens français d'une puissance morale considérable, de bon augure pour la lutte que le Syndicalisme médical prévoit et qu'il saura, nous l'espérons, mener à bout avec toute la pruden , mais aussi toute la ténacité nécessaires.

J. Noir.

Ouverture du Congrès. Les déclarations de M. le Sénateur Léon Labbé au nom du Ministre du Travail.

Rapport du Dr Le Fur contre toutes les tentatives de fonctionnarisation.

Séance du mercredi 27 mai (matin).

Le Dr Gairal, président de l'Union des Syndicats médicaux de France, ouvre la séance.

En quelques mots, il expose que rien ne peut ni ne doit être fait, en hygiène et en assistance, en dehors du corps médical ; que la profession médicale ne saurait être règlementée au détriment des malades ni à celui des médecins, dont les intérêts sont intimement liés, que les praticiens ne recherchent pas la lutte, mais qu'ils ne la redoutent pas et qu'il compte sur le Congrès pour en donner une preuve éclatante.

L'Assemblée acclame M. Gairal comme président du Congrès ; M. Lafontaine, comme secrétaire et M. Quidet comme trésorier.

Le Dr Lafontaine expose alors succinctement la genèse du Congrès et le Dr Quidet annonce que 703 personnes et 154 groupements lui ont adressé leurs adhésions et leurs cotisations. Le total de ces dernières s'élève à 14.500 francs.

Le sénateur Léon Labbé, membre de la Commission Chéron-Métin, demande alors la parole. Il affirme que lui, comme tous ses confrères de la Commission, sont animés des meilleurs sentiments à l'égard de la profession médicale et que s'il est allé à la Commission, c'est dans l'unique but de défendre la cause des praticiens. Il exprime le regret de ne pas avoir rencontré à la première séance les délégués des syndicats médicaux ou de leur Union. A son âge, il lui serait permis d'être indifférent, mais il est entièrement dévoué à la défense des intérêts corporatifs des médecins. Il ne veut pas les voir devenir des organes administratifs.

Il affirme que M. le Ministre du travail l'a fait appeler pour lui déclarer qu'il est décidé à doubler le nombre des médecins à la Commission et à laisser les syndicats désigner leurs représentants. Ministre des syndicats, M. le Ministre du travail ne saurait que bien accueillir les délégués des syndicats médicaux. Le ministre ne veut rien changer à la Commission du tarif Dubief, ni la dessaisir au profit de la Commission nouvelle. L'assistance médicale gratuite relève du Ministère de l'intérieur et ne sau-

rait entrer dans le domaine de la nouvelle Commission. Le ministre n'entend pas s'interposer entre les Médecins et la Mutualité, il ne veut nullement tarifer des honoraires médicaux, et n'a pas l'intention de fonctionnariser les praticiens. Il est prêt à recevoir leurs délégués quelque soit leur nombre.

M. Le Fur, *rapporteur*, rend hommage à l'esprit de conciliation de M. le Ministre du Travail, mais après les déclarations de M. le sénateur Léon Labbé, le problème reste entier et il est très vaste.

La médecine est la profession libérale type, elle exige l'indépendance de ceux qui l'exercent. Ici les Congressistes défendent en même temps l'intérêt corporatif et l'intérêt public.

L'orateur résume avec une grande netteté son remarquable rapport, très documenté, montre d'abord les tentatives de fonctionnarisation médicale par les grandes collectivités : Compagnies industrielles et grandes Administrations privées, Mutualité, Etat, Départements et Communes. Il dépeint la fonctionnarisation des médecins progressive, envahissante, indique ses craintes sur le fonctionnement de la Commission Chéron-Métin, remercie aux applaudissements de l'Assemblée tout entière Madame la doctoresse Girard-Mangin, les docteurs Baillard et Brunschwig, membres de cette Commission, de s'être retirés après la première séance lorsqu'ils connurent quels étaient à son égard les appréhensions du corps médical.

Il indique les remèdes à la situation présente : *mieux organiser la défense professionnelle, imposer partout et en toute circonstance le libre choix et le tarif à la visite, séparer nettement la médecine administrative de la médecine professionnelle, les médecins contrôleurs des médecins traitants.* « *Ces idées,* dit-il dans son rapport, *ont été soutenues et excellemment développées dans plusieurs articles du* Concours médical, *il faut réclamer la réorganisation de tous les services d'hygiène sociale et publique avec le concours du corps médical.*

Enfin, il termine par la lecture de l'ordre du jour suivant :

Ordre du jour concernant la fonctionnarisation médicale. — Le Congrès des Praticiens, réuni à Paris en mai 1914, après avoir entendu le rapport du Dr Le Fur sur toutes les tentatives de fonctionnarisation médicale et les moyens de s'y opposer :

Considérant ;

1° Que la fonctionnarisation est absolument incompatible avec le bon exercice de la médecine, qui exige la liberté et l'indépendance du médecin ;

2° Qu'elle est incompatible notamment avec le *secret professionnel*, qui est à la base même de l'exercice de notre profession et auquel on ne saurait toucher sans ébranler et détruire les assises même de la profession médicale ;

3° Qu'elle est également incompatible avec le *libre choix du médecin* et avec le *tarif à la visite* qui constituent la *charte du Corps médical* à l'heure actuelle et le minimum de nos revendications professionnelles ;

4° Considérant d'un autre côté que l'Etat, les administrations, les grandes collectivités, ont un intérêt certain à contrôler la façon dont le service médical est assuré chez eux, dont les lois sociales sont appliquées au point de vue des soins à donner aux malades, mais que les fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur ou fonctionnaire doivent être absolument distinctes et séparées, le premier s'engageant à soigner ses malades d'après les règles normales de la profession, le second prenant l'engagement formel de se limiter à ses fonctions de médecin-contrôleur et de ne jamais faire de clientèle

Décide

1° De s'*opposer de toutes ses forces et par tous les moyens à la fonctionnarisation médicale*, en s'engageant à faire respecter dans toutes les circonstances le *secret professionnel* et à faire appliquer partout le *libre choix du médecin* et le *tarif à la visite* ;

2° De proclamer l'*incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et de médecin fonctionnaire ou contrôleur*, le premier n'ayant à s'occuper que de ses malades et ignorant complètement l'Administration, le second ne pouvant sous aucun prétexte donner ses soins aux malades qu'il contrôle et faire par conséquent de clientèle ;

Décide de communiquer cet ordre du jour au Président du Conseil et aux différents Ministres intéressés, au Parlement, à la Commission Chéron-Métin, à tous les Syndicats médicaux et organisations professionnelles, à la Presse médicale et politique,

Et passe à l'ordre du jour.

Le Prof. Hartmann, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la commission Chéron-Métin, vient affirmer qu'il est un syndicaliste convaincu et qu'il n'a fait aucune difficulté pour répondre à l'appel de M. le sénateur Léon Labbé et se rendre au Congrès. S'il n'a pas démissionné de la Commission, c'est qu'il était, lors de sa première réunion, en voyage en Amérique. Il est prêt à se solidariser étroitement avec ses confrères les praticiens et quittera la commission s'ils en expriment le désir. Toutefois, il demande si, en présence des nouvelles dispositions du Ministre du Travail, il ne serait pas préférable de suivre les travaux de la Commission, quitte à l'abandonner en groupe et en protestant si le plus petit dommage y était porté à la dignité ou aux intérêts du corps médical.

M. Netter, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé et médecin des hôpitaux, membre de la Commission Chéron-Métin, bien que non syndiqué, vient à son tour tenir le même langage.

M. Louis Rénon, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Paris, fait savoir que, pressenti par le Ministre, il a refusé de faire partie de la

commission ; devant l'attitude nouvelle de M. le Ministre du Travail, il conseille comme MM. Hartmann et Netter d'envoyer des délégués à la Commission, délégués dont l'attitude se règlera selon les circonstances.

D'unanimes applaudissements accueillent les déclarations de solidarité et de bonne confraternité de MM. Hartmann, Netter et L. Rénon.

M. Lefèvre (Cher) exprime le regret que les pourparlers entre le Ministre du Travail et les délégués des Syndicats médicaux n'aient pas permis une collaboration qui eût pu être utile.

P. B. et J. N.

Séance du mercredi 27 mai (soir).

Le Dr Caillaud constate que les rapports du corps médical avec les collectivités, au point de vue des honoraires, deviennent de plus en plus nombreux, de sorte qu'il faut redouter la socialisation de la médecine. Entre le malade et son médecin se glisse trop souvent un intermédiaire, alors qu'il ne devrait pas en exister. C'est ce qui tend à se produire pour les accidents du travail et pour les mutualités. On en arrive à discuter nos notes d'honoraires et à voir se fonder des organisations comme la clinique de la mutualité de Montpellier.

Aussi dépose-t-il un ordre du jour tendant à *la suppression de tout intermédiaire, demandant la suppression des responsables individuels ou collectifs au point de vue des honoraires médicaux.*

Le Dr Goujon (Lyon) pose la question suivante :

De quelle façon pratique peut-on lutter avec les collectivités ?

A Lyon, depuis 12 ans, le syndicat du Rhône a créé un service médical de la mutualité et en a créé un pour les accidentés du travail.

Pour les accidents du travail, le service est organisé par le syndicat sur les bases du libre choix et du tarif à la visite.

Dans la banlieue lyonnaise on a tenté la même chose pour l'A. M. G. A Villeurbanne, le syndicat a assuré ce service avec libre choix et tarif à la visite. En terminant, il demande l'union complète de tout le corps médical.

Le Dr Cayla (Neuilly) rappelle qu'il fait partie de la Commission du tarif Dubief, légendaire par la lenteur de ses travaux et célèbre par la nullité de ses résultats.

La commission Chéron-Métin va en fait englober la Commission du tarif Dubief. Il faut donc aller à la Commission Chéron, mais y envoyer des hommes combatifs sachant défendre *unguibus et rostro* les droits légitimes du corps médical.

Le Dr Barbanneau (de Vendée) déclare qu'il faut ; 1o envoyer une délégation au ministre ; 2o envoyer des délégués à la Commission Chéron Les premiers n'ont pas de mandat ; les seconds auront mandat impératif : qu'il ne soit pas discuté de tarif d'honoraires, car il ne doit pas y avoir d'intermédiaire entre nous et nos clients.

Le Dr Daguet (Doubs) indique que M. le Ministre du travail, Métin, s'est adressé au syndicat du Doubs qui n'est pas adhérent à l'Union pour que ce groupe désigne des délégués à la commission Chéron. Sur 100 membres de son Syndicat, 60 ont répondu au referendum : 51 *non* et seulement 9 *oui*, pour accepter les propositions du ministre. Il pense néanmoins, qu'il faut aller à la commission, pour l'empêcher de mal faire, l'Etat ne peut pas se passer de médecins, mais ceux-ci ne peuvent rien organiser sans l'Etat, en médecine sociale.

Le Dr Decourt (Seine-et-Marne) remarque que la Commission Chéron ne dépend que d'un ministre et peut tomber avec lui. La Commission du tarif Dubief est législative, a été instituée par une loi. Nous devons aller à la Commission Chéron, mais nous ne voulons pas qu'on y parle de tarification. Nous tenons absolument à collaborer aux lois sociales.

L'Union des Syndicats doit prendre l'initiative de ces actions de combat, car il faut que quelqu'un puisse parler au nom du corps médical. Or, l'Union n'est pas exclusiviste, puisque le premier confrère qui a été désigné pour la commission médico-mutualiste a été le Dr Bolliet, secrétaire d'une Fédération dissidente.

Le Dr Lefèvre (Cher) observe que les affirmations du sénateur Labbé sont très importantes, mais qu'il ne faut pas oublier que l'opinion publique peut être avec ou contre nous.

Il faut entrer en pourparlers avec le ministre du travail, pour lui faire connaître nos conditions. Le ministre n'est pas absolument libre. Il a fait un pas énorme ce matin, à notre rencontre.

Il faut donc nommer des délégués pour discuter nos conditions de collaboration, avec un mandat ferme. Au cas où ces conditions ne seraient pas acceptées complètement, nous irons quand même à la Commission, pour l'éclairer et convaincre les innocents. Si l'on n'y va pas, la Commission siègera quand même et nous risquons de voir surgir un projet de loi mauvais, puis de voir voter encore une loi funeste.

On va discuter ; mais ne quittons pas le Congrès sans que tous les médecins se soient serré la main dans une entente résolue et loyale.

Le Dr Legras (Vosges) constate que la communication Labbé indique qu'il ne sera pas question de tarif. Un congrès est une assemblée d'études. Les syndicats et l'Union sont des assemblées d'action. Il faut déléguer des membres du Congrès pour aller voir le ministre, avec un mandat ferme. Ils diront à M. Métin : « Nous venons étudier la manière d'entrer en communica-

tion avec vous, pour voir comment les techniciens pourront collaborer aux lois. Mais nous vous demandons qu'il ne puisse être question de tarification. » Lorsque le ministre aura répondu « Pas de tarification », alors les délégués rendront compte de leur mandat. A ce moment, les syndicats, assemblées d'action, désigneront ensemble des délégués qui seront membres de la Commission Chéron.

Le Dr Fidao (Loiret) remarque que le nombre des délégués n'a pas d'importance, si les hommes sont bien choisis pour représenter le corps médical. Lui aussi pense qu'il faut aller à la Commission.

Le Dr Tourtourat (Paris) fait observer qu'à la Commission du tarif Dubief, c'est depuis qu'il y a des membres neutres qu'on ne peut rien faire. Pourra-t-on toujours y maintenir l'attitude intransigeante que les délégués médicaux y ont adoptée ?

Or la composition de la Commission Chéron est identique à celle du tarif Dubief. On y a ajouté dix personnes, qui sont en principe nos adversaires, ce sont de gros pontifes de la Mutualité. Méfiez-vous des paroles de conciliation ministérielles qui ne sont que des mots. Combien de ministres passeront-ils d'ici un an, alors que la Commission, elle, persistera en dépit des crises ministérielles ? On ne pourra plus faire état des paroles de M. Métin, lorsqu'il sera tombé. Si on ne s'occupe pas de tarification, de quoi donc s'occupera-t-on à cette Commission ? Demandons des textes signés, des engagements écrits.

Néanmoins allons écouter M. Métin, mais constatons que si le ministre devient plus conciliant, cela est dû uniquement à l'attitude énergique de nos groupements.

Le Dr Lafontaine (Paris) rappelle que les négociations ont été rompues avec le Ministre parce qu'il refusait de donner des garanties. On veut en venir à composition, soit ; mais prenons garde et exigeons des garanties. Le Dr Lafontaine fait un bref historique de la Commission Chéron.

M. Métin veut doubler le nombre des médecins délégués des Syndicats qui, au lieu de 3 sur 37, vont être 8 sur 40. Dès le début, ce nombre nous a été offert et nous avons répondu qu'il était trop faible. Néanmoins, nous serions allés à la Commission si l'on nous avait donné l'assurance qu'il ne serait pas question de tarification d'honoraires.

Le ministre dit qu'on ne touchera pas au tarif Dubief ; il l'a dit dès le premier jour, mais pour cette simple raison : qu'il ne peut y toucher sans modification à la loi et que ce n'est pas laissé à sa volonté.

Il en est de même pour l'A. M. G., qui ne dépend pas de son département.

Reste l'intervention de l'Etat en faveur de la Mutualité. Nous n'avons pas de précisions. Tant que le rapport qui précède le décret Chéron ne sera pas détruit, nous avons tout à redouter. Il lit quelques passages de ce rapport.

Il ne doute pas de la bonne foi ni des bonnes intentions de M. Métin, mais celui-ci peut disparaître et le rapport Chéron persistera.

Il faut une grande circonspection, car c'est la question de la fonctionnarisation du médecin qui est posée. Reste à examiner la tactique à adopter.

On nous dit : Allez à la Commission, parce que vous convaincrez ses membres. Mais la Commission ne peut travailler que sur la tarification.

Dès la première séance, la Commission s'en est occupée et un mutualiste a déclaré qu'on ne pouvait rien faire tant que persisteraient le libre choix et le tarif à la visite.

Le Corps médical a gagné des millions, a dit, sans preuves, M. Métin dans son discours lors de l'inauguration de la Commission, avec l'application des lois sociales, il doit faire en retour des concessions. Vous voyez que la menace de la Commission Chéron reste toujours la même, malgré le fait nouveau apporté par M. Labbé. Nous sommes très forts, très vaillants, très enthousiastes. Quels que soient le nombre des syndicats et leur importance numérique, nous avons l'unanimité du Corps médical et sommes sûrs de sa solidarité : avec cela nous pouvons tout, sans rien sacrifier. Faut-il envoyer une délégation à M. Métin ? Oui, mais avec des pouvoirs limités. On lui dira : « Vous faites erreur, M. le Ministre. Ecrivez et précisez vos intentions, supprimez le rapport Chéron et faites annuler le décret. Nous pouvons être divisés entre nous sur des questions de statuts, mais cela ne compte guère quand il s'agit de l'intérêt vital du Corps médical ». Nous sommes à la veille de la victoire. Il faut prouver que vous avez tous une entière confiance en ceux qui vous dirigent.

Le Dr Bertillon (Seine-et-Oise). — Le ministre peut supprimer le projet Chéron, mais il ne peut abandonner le décret. Il ne peut rien faire pour l'A. M. G. ni les accidents du travail. Reste la question mutualiste, pour laquelle nous n'avons aucune garantie. Ce sont les Mutualistes qui ont fait le coup, disait le regretté Dubuisson.

Le Dr Bertillon a l'impression que le ministre n'est pas libre, cela découle d'un entretien qu'il a eu récemment avec M. Métin. Le ministre a dû sans doute prendre des engagements avec son prédécesseur. La puissance des mutualistes est importante et il est intervenu des influences politiques considérables. Il croit que le ministre voudrait qu'on lui forçât la main pour supprimer cette Commission Chéron.

Le Dr Le Fur croit qu'il faut demander des éclaircissements au texte de M. Labbé. Il dépose un ordre du jour. Dans trois jours, le Con-

grès aura disparu : ce sera l'Union qui sera chargée de l'action. Il faut donc voter de nouveau l'ordre du jour de l'Union pour affirmer l'étroite solidarité avec les dirigeants de l'Union, dont l'énergie nous a conduits à la victoire,

Nous irons à la Commission, car nous n'avons jamais refusé notre collaboration, mais nous serons intransigeants sur des questions de principe.

Le Congrès nommera une commission pour aller trouver le ministre, mais c'est l'Union qui restera chargée ensuite de l'exécution. Tous les syndicats médicaux, adhérents ou non à l'Union, seront représentés à la Commission Chéron,

Le Dr Goujon (Lyon) est partisan d'une seule union. Mais actuellement, pourquoi ne serait-ce pas le Comité de vigilance qui pourrait exécuter, les décisions prises ?

Le Dr Lafontaine (Paris) pense que le Comité de vigilance doit se borner à préparer les futurs congrès et c'est tout. En tous cas, l'Union sera en correspondance avec tous les groupements affiliés ou non.

M. Le Fur, rapporteur, dépose son ordre du jour qui, après avoir été légèrement modifié d'accord avec MM. Lefèvre et Goujon, auteurs d'amendements, est adopté à l'unanimité dans la forme suivante, aux cris de : « Vive l'Union. »

Ordre du jour proposé par MM. Le Fur, Cibrie, Lafontaine, Bertillon, Campinchi, Decourt et Legras :

Le Congrès des Médecins Praticiens, réuni à Paris, en mai 1914,

Après avoir entendu MM. Le Fur, Léon Labbé, Hartmann, Netter, Rénon, donner des précisions formelles de M. le Ministre du travail transmises par M. le Sénateur Léon Labbé, comprenant notamment la promesse absolue que la question de la tarification des honoraires médicaux ne sera jamais abordée,

Charge l'Union des Syndicats médicaux de France ainsi que les Syndicats médicaux représentés au Congrès des Praticiens, de reprendre les pourparlers avec M. le Ministre du Travail.

Et propose, suivant le désir exprimé par ce dernier, l'envoi d'une Délégation comprenant l'ancienne Délégation de l'Union des Syndicats médicaux, à laquelle seront ajoutés un certain nombre de confrères désignés par le Congrès, cette Délégation n'ayant d'ailleurs d'autre mission que de rétablir la conversation rendue possible par les dernières promesses de M. le Ministre.

L'ordre du jour appelle le rapport de M. le Dr G. Bertillon : *L'eau-de-vie, poison d'Etat.*

(Le compte rendu de ce rapport sera prochainement publié).

Séance du jeudi 28 mai (matin)

L'ordre du jour appelle le rapport du Dr Rinuy sur l'*Assistance médicale gratuite et le Corps médical.*

Nous publierons dans un de nos plus prochains numéros le compte rendu de la discussion de ce très intéressant rapport.

Séance du jeudi 28 mai (soir)

La discussion du rapport du Dr Rinuy sur l'Assistance médicale gratuite est reprise ; puis l'ordre du jour appelle le rapport du Dr G. Kuss sur *le rôle des médecins praticiens dans la prophylaxie de la tuberculose.* Le compte rendu de la discussion de ce remarquable rapport sera ultérieurement publié.

Les « *Précisions* » de M. Métin, ministre du travail, sur les conditions de la collaboration des médecins syndiqués à la suite de la visite faite le matin même au ministre par les délégués du Congrès.

Le président Gairal rend compte de la visite faite le matin même au Ministre du travail par trente représentants du Congrès.

Le Ministre voulant bien préciser les résultats de cette visite a envoyé comme délégué au Congrès un attaché à son cabinet, qui vient de remettre au Président le texte suivant, dont il donne lecture :

Résumé de l'audience accordée par M. le Ministre du Travail aux Délégués du IVe Congrès des Praticiens, rédigé par les soins et sur les indications du Ministre lui-même et remis au Président du Congrès par un représentant du Ministre.

M. Albert Métin, Ministre du Travail, n'a rien changé, comme il l'écrivait le 30 mars 1914, « à son habitude de recevoir les représentants des syndicats établis conformément à la loi et de s'entretenir avec eux des questions professionnelles et des rapports qu'elles ont avec l'intérêt général ». Sa porte reste ouverte aux organisations professionnelles médicales qu'il croit devoir traiter dans l'esprit que lui inspirent ses fonctions actuelles aussi bien que ses inclinations.

Il a donc reçu une Délégation du Congrès des Praticiens.

Sans revenir sur un certain nombre d'erreurs concernant ses intentions, il a exposé celles-ci en faisant remarquer qu'il n'avait qu'à représenter un certain nombre de déclarations faites par lui, reproduites dans ses lettres ou encore dans l'allocution qu'il a prononcée à la première séance de la Commission et qui en constitue le programme.

Il a repris tout d'abord les termes de la lettre écrite en son nom par son Chef de Cabinet à M. le docteur Gairal, en date du 2 février 1914. Cette lettre rappelait l'article 1er du Décret et la résolution de M. Albert Métin de ne pas dépasser les limites fixées par le décret lui-même. Elle disait « l'intention du Ministre de rester dans les termes généraux de la définition que je viens de reproduire ci-dessus. Nul ne serait donc fondé, ainsi qu'il vous l'a expliqué, à voir dans

la création et le fonctionnement de cette Commission quelque intention systématiquement hostile aux intérêts légitimes du Corps médical.

« Il ne saurait être question, notamment, de porter atteinte à l'existence ou au programme de la *Commission chargée de l'élaboration du Tarif de remboursement des frais médicaux en matière d'accidents du Travail.* Commission qui est formellement maintenue avec son objet. »

Voilà pour ce qui concerne les accidents du travail.

Quant à l'Assistance médicale gratuite, le Ministre n'en a parlé, dans son discours programme d'ouverture, que pour rappeler qu'elle « ressortissait à M. le Ministre de l'Intérieur » et pour la séparer nettement des « objets du département qui a constitué votre Commission ».

Nous connaissons assez M. Albert Métin pour savoir que s'il entend légitimement donner une direction aux services de son Ministère, il respecte chez ses collègues les mêmes droits pour leurs services à eux.

Reste enfin la question de la Mutualité. Il n'en est point traité dans le discours inaugural de M. Albert Métin conforme à la lettre écrite en son nom, le 5 février 1914, qui s'exprime ainsi :

« Sans prétendre le moins du mondre porter atteinte aux droits qui assurent à la fois l'indépendance et l'utilité des Commissions, je puis vous assurer qu'il n'est pas dans l'intention du Ministre de demander à la nouvelle Commission de mettre à son ordre du jour aucune proposition tendant à *fonctionnariser les médecins*, pour reproduire les termes employés par vous. Il n'existe, d'ailleurs, dans l'ensemble des pièces relatives à la dite Commission, aucune indication permettant de croire qu'il en ait été sérieusement question.

Dans la Commission même, les deux délégués mutualistes, ou au moins l'un d'eux, a pris la parole pour dire que le débat entre médecins et mutualistes devait rester sur le terrain où il avait été placé avant la constitution de la Commission ; ce sera, par conséquent, en dehors d'elle. Le Ministre laissera les parties en présence, si tel est leur désir, discuter librement sur le terrain qu'elles ont choisi.

Quel est donc le programme de la Commission ? Dans la séance d'ouverture du 3 avril dernier sans prétendre rien changer « au libre choix » qui fait à la fois l'indépendance et l'utilité des Commissions, le Ministre invitait plus particulièrement la Commission : 1° à examiner les différends qui se sont produits et surtout les accords auxquels on a abouti dans les pays étrangers ; 2° à étudier le projet d'assurance contre l'invalidité qui est en ce moment soumis à la Chambre et qui occupera au Parlement d'importantes séances de Commission et d'Assemblée. Le Ministre invitait la Commission à constituer les deux sous-commissions précédentes ; ce sont elles seules qui figurent au programme de la prochaine séance. Elles sont, principalement celle de l'invalidité, de nature à occuper très utilement et très longtemps les parties.

Une sourde rumeur éclate dans l'Assemblée, les praticiens s'accordent pour trouver le document peu précis et peu clair et se demandent si l'on ne veut pas se jouer d'eux, car le texte lu au nom du Ministre, ne répond à aucune des questions que les délégués lui ont posées.

Le Dr Le Fur (Paris) trouve que M. le Ministre est un diplomate habile. Il a, dit-il, déclaré qu'il n'était pas lié par les décisions de M. Chéron, son prédécesseur, et divise en deux sous-commissions la Commission. Or, la première sous-commission se bornera à l'étude de ce qui se fait à l'Etranger et la seconde à l'élaboration d'un projet de loi sur l'assurance invalidité. Dans cette dernière on sera fatalement appelé à parler tarif et comme l'assurance-invalidité sera, dans l'esprit du Ministre, organisée par la Mutualité, nous allons glisser sur la pente de l'étude d'un tarif des honoraires médicaux pour les Mutualistes.

Nous ne voulons de cela à aucun prix.

Le Dr Lafontaine (Paris) est évidemment persuadé que les intentions de M. Métin sont meilleures que le texte qu'il vient d'envoyer. Ce texte manque de précision. Le grand danger pour nous est dans les projets de lois d'assurances sociales et l'étude de ce qui s'est passé en Angleterre et que l'on veut importer en France n'est pas pour nous rassurer. Si M. Métin n'a pu préciser ses bonnes intentions, c'est qu'il n'est pas libre. Derrière le Ministre éphémère se dresse la Bureaucratie toute puissante, qui est durable et qui ne désarme pas.

De nombreux applaudissements interrompent les paroles du Dr Lafontaine prononcées au milieu du silence religieux qui règne dans l'assemblée.

Le Dr Lafontaine continue. Il désire que l'on renvoie à l'examen des syndicats le document ministériel et qu'on se borne à en prendre acte.

Le Dr Bertillon (Seine-et-Oise), qui a conduit les négociations antérieures avec M. Métin, d'abord optimiste, devient de plus en plus pessimiste. Il ne trouve rien, absolument rien, dans le document ministériel. Mais il croit qu'il ne faut pas ajourner une décision, on doit décider l'envoi de délégués à la Commission Chéron-Métin avec un mandat bien défini.

Le Dr Decourt (Seine-et-Marne) est du même avis ; il faut aller à la Commission pour l'empêcher de discuter la tarification des honoraires médicaux.

Le Dr Campinchi (Loir-et-Cher) est de l'avis du Dr Lafontaine et réclame le renvoi aux Syndicats.

Le Dr Prunet (Cher) pense que ce sont les assureurs qui pèsent sur la volonté du Ministre. Il croit utile d'envoyer des délégués à la Commission.

Le Dr RACHET (Calvados) est contre le renvoi aux syndicats. Bien que syndiqué, il trouve que le Congrès a plus d'autorité que les syndicats.

Le Dr TOURTOURAT (Paris) proteste. Le Congrès n'a pas qualité pour trancher une question de cette importance.

Le Dr LEGRAS (Vosges) demande que l'entente se fasse, dût-on envoyer au Ministre une nouvelle délégation pour obtenir de lui des précisions.

Le Dr LEFÈVRE (Cher) propose que les délégués à la Commission s'y rendent comme représentants du Congrès.

Le Dr Louis RÉNON (Paris) croit qu'il faut se rendre à Commission, un fait nouveau s'étant produit, la modification de la Commission.

Le Dr DELPEUT (Saint-Chéron) approuve cette manière de voir.

Le Dr LAFONTAINE (Paris) persiste dans sa proposition de donner acte de sa réponse au Ministre et de soumettre la question aux Syndicats.

Le Dr CHASSEVANT (Paris) votera pour qu'on accepte d'envoyer des délégués à la Commission sous condition.

Après un échange de vues, entre eux, le Dr LE FUR et le Dr LAFONTAINE se concertent et présentent l'ordre du jour suivant.

Le quatrième congrès des praticiens, réuni le 28 mai 1914, après avoir entendu la communication écrite qui lui a été faite, ce jour, par le Ministre du Travail au sujet de la Commission Chéron.

Estime qu'en présence de cette situation nouvelle, il y aurait intérêt à ce que les syndicats médicaux de France envoient des délégués à cette Commission, ces syndicats ayant seuls qualité pour juger de l'attitude ultérieure qu'il conviendra de prendre ;

Mais au nom du Corps médical français, demande à tous les médecins appelés à faire partie de cette Commission de prendre l'engagement d'honneur de se retirer en bloc de la Commission au cas où la question de tarification serait abordée.

Cet ordre du jour, lu par le Dr Le Fur, qui en accentue la dernière partie au milieu d'un silence impressionnant et d'une attention soutenue, est *adopté à l'unanimité.*

Des applaudissements vigoureux soulignent cet accord complet. Le représentant du Ministre et un des principaux chefs de la Mutualité, venu avec lui, ont entendu toute la discussion. Ils pourront aller rapporter chez nos adversaires quelle est l'unanimité des sentiments du corps médical et avec quelle résistance il s'opposera à toute tentative de domestication.

Séance du vendredi 29 mai (matin).

Rapport du Dr LENGLET.

L'hygiène administrative. Son impuissance.

Les séances du vendredi eurent surtout trait à la discussion des rapports Lenglet et Campinchi-Lafontaine, le premier sur l'*hygiène administrative*, le second sur l'*organisation technique de l'hygiène par le syndicat.* Elles empruntèrent un intérêt tout particulier à la présence de M. Mirman, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publiques au ministère de l'Intérieur, qui ne craignit pas de venir officieusement poser des objections aux rapporteurs et discuter avec les congressistes. Cette intervention fut d'ailleurs très appréciée par nos confrères ; ils seront, nous n'en doutons pas, reconnaissants à M. Mirman des efforts qu'il fait pour venir au sein même de leurs assemblées prendre contact avec eux et entendre directement leurs critiques et leur desiderata sur l'organisation de l'hygiène publique.

M. le Dr LENGLET (Paris) qui, depuis plusieurs années, étudie dans la commission spéciale du Syndicat des médecins de la Seine les questions d'hygiène et plus particulièrement d'hygiène alimentaire a, dans un rapport fort complet critiqué avec une rare compétence l'hygiène administrative.

Il passe tour à tour en revue l'hygiène scolaire et l'hygiène alimentaire et dans cette dernière partie, fort documentée, il montre comment les administrations, loin de réprimer les fraudeurs et les falsificateurs, s'en font plus ou moins inconsciemment les complices. Nous regrettons de ne pouvoir donner une place plus grande à ce rapport dont nous reproduirons le résumé et les conclusions :

Résumons et concluons, écrit M. Lenglet. La production des aliments est entre les mains de l'industrie. La puissance financière dont elle dispose, les habitudes qu'elle a créées, l'erreur qu'elle entretient, le mensonge qu'elle sème dans son énorme publicité, les règlements, les décrets, les lois qu'elle suscite, sont autant d'obstacles à l'œuvre d'assainissement qu'il faut entreprendre.

Réduit à l'achat forcé, le consommateur ne peut plus choisir ses aliments.

Les corps constitués, gardiens de l'hygiène publique, n'agissent ni avec la prudence, ni avec la conviction, ni avec l'énergie suffisantes : les experts officiels ou officieux se laissent trop souvent dominer par des considérations qui n'ont rien de commun avec l'hygiène publique ; les services administratifs, en particulier le service de la répression des fraudes, favorisent la mainmise de la production sur la consommation, en étendant la protection des décrets et des règlements à nombre de procédés de fabrication douteux ou même inadmissibles. Le Comité consultatif d'hygiène et le Comité supérieur d'hygiène de France font preuve d'une tolérance que nos industriels doivent apprécier hautement, mais que l'hygiène et la médecine réprouvent. L'Académie de médecine étend le cercle de la tolérance à des procédés de culture qui

sont vivement combattus jusque chez elle. Les Congrès d'alimentation ne réunissent que des industriels à la fois juges et parties qui établissent à leur profit ce qu'ils appellent « la charte que le commerce se donne à lui-même ».

Contre cette Ligue formidable pour la défense du Veau-d'Or, il ne reste qu'un organisme capable d'entreprendre la lutte. Cet organisme, c'est le Syndicat médical, il représente seul l'universalité des professionnels de la médecine et de l'hygiène, Il est la seule organisation sociale où puissent venir se fondre et s'unir tous les talents et toutes les pensées ; il est ouvert à toutes les bonnes volontés ; en s'écartant de lui, les dissidents témoignent plus de leur attachement à des privilèges que de leur amour du bien. Le Syndicat médical représente ce principe d'utilité et de bien publics, hors desquels il n'y a que rivalités de personnes. C'est pourquoi il entreprend aujourd'hui la tâche gigantesque de jouer dans la vie publique le rôle qui lui appartient par ses origines, son importance, sa cohésion et sa compréhension des nécessités publiques.

Le peuple ignore : les mesures les plus sages demeurent vaines et inutiles devant l'inertie des élus, jouets de l'influence électorale. Çà et là, les masses se lèvent et s'insurgent, mais la patience et l'intelligence leur manquent pour persévérer, se laisser guider et s'organiser. Au lendemain des jours d'émeute, elles ne sont que des volontés individuelles déjà lasses d'une lutte sans effet ou satisfaites d'un illusoire triomphe.

C'est donc en tel milieu qu'il faut apporter la lumière, la conscience, l'ordre.

Assisterons-nous, nous Syndicats médicaux, indifférents et passifs à ce duel inégal, où l'un des adversaires a choisi son heure et son terrain, préparé ses armes, assuré ses soutiens, semé des pièges sous les pas de l'autre, impuissant et désarmé, ignorant et abusé.

Laisserons-nous élever, sur les ruines du Sens Commun le monument de la Sottise prétentieuse, travestie et masquée de Science.

Ne voudrez-vous pas, vous Syndicats médicaux, jouer dans la vie publique, dans l'histoire, le rôle tutélaire que vous assignent vos origines, votre composition, votre caractère, que vous commandent votre indépendance, votre désintéressement, votre devoir.

Reculez-vous devant la tâche de mettre un frein aux abus de l'industrie, d'éduquer le peuple, de l'organiser, de lui enseigner l'art de se protéger, sans attendre l'aide de pouvoirs publics mal avertis, de corps constitués inertes, inaptes ou tolérants.

Le but le plus magnifique s'offre à vous, si, dépouillant de trop mesquines préoccupations, vous faites, dès l'abord, tendre tous vos efforts vers la protection du peuple contre la plus grave des spoliations : la spoliation alimentaire.

Ne doutons pas, Messieurs, que vos Syndicats médicaux veuillent participer à cette œuvre, sans compter leurs travaux et leurs peines, sans attendre d'autre récompense que d'avoir accompli leur idéal destin : triompher du mal et écarter la mort.



L'hygiène administrative, son impuissance, écrivons nous en tête de ce rapport : jamais titre fut-il plus vrai ? Ne voyons-nous pas à toutes les lignes de ce résumé l'administration trancher, décréter, ordonner, sans autre souci que de sauver les apparences ; et ne sommes-nous pas très au-dessous de la vérité, en accolant ces deux mots « hygiène » et « administration » ; il eût été juste de choisir un autre titre ; mettons si vous voulez : Comédie ?... Non ! « Parodie de l'hygiène par l'administration ». C'est l'impression la plus nette qui se dégage de l'évocation des actes administratifs : il n'y a pas d'hygiène administrative, il y a une farce que l'administration affuble du masque d'Hygie.

Qu'y faire ?

La tâche du rapporteur est-elle de vous indiquer une voie ? Ce serait prétentieux et peut-être inutile ; avant de combattre il faut se grouper, s'ordonner, préparer ses armes.

Pensons-y, parlons-en, faisons-le.

M. Mirman intervient et proteste vivement contre la suspicion qui pourrait rejaillir sur le Conseil supérieur d'hygiène de l'interprétation de certains passages du rapport du Dr Lenglet. Les membres de ce Conseil sont des savants dont on ne saurait mettre la loyauté et le dévouement à l'intérêt public en doute.

Le Dr Lenglet réplique qu'il n'a voulu mettre en accusation personne, que les membres du Conseil d'hygiène peuvent se tromper ou être trompés, mais que les faits qu'il a cités sont exacts et que rien ne peut prévaloir contre la vérité des faits. Il dépose l'ordre du jour suivant, qui est *adopté* :

Le Congrès médical des praticiens, après avoir entendu le rapport du Dr Lenglet sur l'hygiène administrative et son impuissance :

Considérant :

1° Que l'hygiène sociale est entièrement régie par des administrateurs incompétents, appliquant ou interprétant des lois, des décrets, des arrêtés ou des règlements en opposition avec la saine et logique compréhension de cette hygiène ;

2° Que l'œuvre législative et administrative est, dans les plus importantes situations, insuffisante, inexistante ou inopérante ;

3° Qu'on trouve à sa base des intérêts politiques, économiques, financiers, industriels, commerciaux qui n'ont aucun rapport avec l'hygiène publique ;

Que cet état de choses, explicable et excusable par la seule ignorance des législateurs et des administrateurs, devient une coupable incurie et une injustice flagrante à l'égard de la masse des citoyens, quand

les pouvoirs gouvernementaux éclairés et instruits méconnaissent les avertissements et ignorent les faits ;

Exprime le vœu :

Que les Syndicats médicaux travaillent en commun, s'unissent en un seul organisme pour réaliser le programme suivant :

« Les Syndicats obtiendront, par tous les moyens en leur pouvoir, la nomination directe de leurs délégués dans tous les corps d'état, dans tous les postes administratifs où il est utile que la voix du Corps médical organisé soit entendue pour la défense de la santé publique.

L'organisation de l'hygiène technique par le Syndicat.

Rapports des Dr Lafontaine et Campinchi.

Le Dr Lafontaine (Paris) oppose, en hygiène, dans le rapport qu'il a écrit avec le Dr Campinchi (Loir-etCher) la technique à la bureaucratie. Il montre que l'Etat ne peut organiser l'hygiène qu'en théorie et que ce n'est pas avec des décrets et des textes de lois que l'on peut faire une prophylaxie utile. Il fait allusion à la lutte projetée contre la tuberculose, à la déclaration de cette maladie que M. Letulle défendit à l'Académie et fit adopter. Il fait une critique rapide de la loi de 1902. Il montre tout ce qu'il y a de creux dans les phrases ronflantes des « philanthropes », mutualistes et autres qui, aussi incompétents que les bureaucrates, rêvent d'organiser l'hygiène sociale. Il conclut par l'attribution de l'hygiène au médecin qui l'organisera par le Syndicat, d'accord avec les pouvoirs constitués. Il faut des praticiens, des techniciens pratiques, des hommes d'action, pour faire de la prophylaxie utile et non des prêtres de l'hygiène. Il ne faut pas se contenter de fonctionnaires médecins pour assurer l'hygiène, ce serait la centraliser alors qu'il convient de faire le contraire. Il faut que ce soit, à la périphérie, le praticien qui soit le véritable artisan de l'hygiène publique. C'est à lui, dans toutes les questions sanitaires, d'établir le contact entre le Syndicat et l'autorité locale.

M. Mirman fait un rapide éloge de l'activité et de la bonne volonté du Dr Lafontaine, mais pense que certains points de son rapport méritent les observations qu'il croit nécessaires de lui faire. Il est inutile d'envisager la question de la tuberculose ; des centaines de milliers de tuberculeux demandent à être hospitalisés et secourus et l'on n'est pas en mesure (et on ne le sera pas de longtemps) de pouvoir les assister. Cette constatation seule, sans autre argument, suffit à prouver que toute discussion sur la déclaration de la tuberculose est à l'heure actuelle inutile.

M. Mirman désire et demande la collaboration effective des praticiens. Il souhaite qu'un nombre respectable de médecins locaux, élus par leurs confrères, vienne donner de la vie aux commissions sanitaires. Il voudrait que ces médecins des commissions sanitaires choisissent des délégués médecins pour les commissions départementales et ces derniers désigneraient les représentant du corps médical au conseil supérieur.

La désinfection n'est qu'un petit côté de la défense sanitaire. Le nombre des victimes des maladies transmissibles soumis à la déclaration est infime en regard de celles des autres maladies. Il cite à ce sujet quelques chiffres de la statistique. Sur ce point comme sur celui de la mortalité infantile, la France tient un rang honorable parmi les nations civilisées. Cela n'empêche que le taux de la mortalité générale est beaucoup trop considérable dans notre pays.

L'Administration ne veut ni ne peut tout faire en matière sanitaire, d'ailleurs tout est à faire ou à peu près.

Le Dr Lafontaine a parlé d'une administration d'hygiène étatique, fortement centralisée. Il se trompe. Rien n'est moins centralisé que l'hygiène. Il est vrai qu'un fonctionnaire du ministre de l'intérieur porte le titre pompeux de directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, mais il ne dirige rien ou à peu près. Et M. Mirman montre, avec des exemples à l'appui, que les choses intéressant la défense sanitaire se distribuent entre sept ministères et une dizaine de directions. Avec la législation actuelle, l'Etat ne peut rien, sauf dans les maladies pestilentielles pour lesquelles la loi de 1822 donne à l'Administration des pouvoirs dictatoriaux. Il n'y a pas de centralisation bureaucratique.

L'autorité sanitaire en France, c'est le maire, depuis et avant la loi de 1902. L'hygiène est respectée dans une commune dans la mesure où le maire le veut et le peut. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles que le préfet peut se substituer à lui. Le préfet, fonctionnaire lointain et à certains égards politique, ne peut être chargé de l'hygiène, trop abandonnée, en général, par les maires. Seules les vaccinations et les désinfections ne sont pas entre les mains des maires, mais relèvent pour leur organisation des conseils généraux. Il faudrait que les attributions sanitaires fussent confiées à une commission technique comprenant des représentants du corps médical et ayant autorité d'action. M. Mirman, qui déclare parler en son nom personnel, ajoute que cette création cadrerait difficilement avec la structure administrative actuelle.

« Au lieu de nous attaquer violemment, ajoute M. Mirman, et de nous jeter réciproquement les uns sur les autres le discrédit, constatons que nous avons besoin les uns des autres et, les yeux fixés sur l'intérêt supérieur de notre pays, collaborons loyalement. Il faudra faire un rude effort pour déposséder les maires de leurs pouvoirs

en matière d'hygiène, car c'est une transformation profonde de notre organisation sociale qu'il faut obtenir pour cela. Il convient de faire pénétrer dans le Parlement cette lumière nouvelle et de modifier l'axe de l'autorité. »

De nombreux applaudissements accueillent les paroles de M. Mirman.

Séance du vendredi 29 mai (soir).

Le Dr LAFONTAINE (Paris) constate que les conseils techniques actuels ne sont que des conseils consultatifs qui sont tenus de répondre aux questions posées par le gouvernement, questions souvent mal posées. De là résulte en grande partie leur impuissance.

Le Dr LEREDDE (Paris) regrette que les médecins aient trop souvent fait preuve d'indifférence à ce sujet.

Le Dr SICARD (Paris) propose la création de chambres d'hygiène analogues aux chambres de commerce existantes et chargées d'adapter les lois et les règlements sanitaires aux lieux et aux circonstances.

Le Dr SIROT (Côte-d'Or) réclame dans chaque commission un ou plusieurs représentants élus du Syndicat médical.

Le Dr DECOURT (Seine-et-Marne) conseille, pour éviter une nouvelle faillite, de ne pas se borner à des idées trop générales. Il y a la prophylaxie individuelle aux besoins de laquelle le praticien peut seul suffire, mais aussi la prophylaxie collective qui demande le concours des architectes, des chimistes, des ingénieurs, des vétérinaires. A côté des réglementations, il faut songer à l'exécution. Si le Syndicat médical peut jouer le premier rôle dans la première, il ne peut rien pour la seconde.

Le Dr LEGRAS (Vosges) objecte que l'hygiène sociale n'est que le prolongement de l'hygiène individuelle. Le médecin ne doit plus être le guérisseur diplômé, il doit devenir hygiéniste. Quant à l'Etat, jadis représenté par le roi, il n'a plus le pouvoir de guérir les écrouelles, en les touchant, son rôle doit consister surtout à payer les dépenses et à écouter les conseils de gens compétents.

Le Dr GIRY (Meurthe-et-Moselle) note que, dans l'arrondissement de Briey, les médecins sont nombreux dans les commissions d'hygiène. Il craint qu'ailleurs ils ne se soient montrés trop indifférents. Il signale le danger causé par les instituteurs tuberculeux dans les écoles publiques.

Le Dr CÔME-FERRAND (Lyon) signale qu'à Lyon, à côté du syndicat existe une société d'études de praticiens.

A côté de l'exposition officielle d'hygiène, les praticiens feront un Congrès d'hygiène pratique en septembre, auquel il invite tous les médecins praticiens de France. Le maire a subventionné ce Congrès.

Il dépose entre les mains du Président, au nom du Dr BOLLIET, un certain nombre de vœux.

Le Dr LE FUR (Paris) croit que les maires ne font pas leur devoir. Il faut qu'ils soient donc déchargés du soin d'assurer l'hygiène. Il y aura des commissions, mais il importe que la représentation du corps médical y soit importante. Le technicien doit être le premier dans toute commission d'études. Les médecins devraient comprendre la moitié des membres de la commission. Dans les conclusions Lafontaine, il relève un mot en contradiction avec les développements de l'auteur : il dit que l'organisation sera faite avec la collaboration des pouvoirs publics et plus loin : il faut opposer le technicien au fonctionnaire. Il propose de remplacer ce mot : opposer par : libérer le technicien du fonctionnaire, ou mieux : faire collaborer le technicien et le fonctionnaire.

M. MIRMAN constate qu'en fait, les directeurs de bureaux d'hygiène qui ne sont pas docteurs, sont très rares.

L'essentiel, c'est moins d'avoir un docteur comme directeur de bureau d'hygiène que de donner à ce directeur le pouvoir nécessaire pour agir. Or beaucoup sont dans l'impossibilité de faire quoi que ce soit et sont mis dans une véritable situation d'impuissance. Les maires sont les premiers à leur demander de ne rien faire. Contre ces maires, le gouvernement ne peut rien.

Si la nation veut prendre connaissance du danger qui la menace, il faudra qu'elle frappe au cœur de cette mauvaise organisation.

Il propose au Congrès de signaler que la situation est grave, qu'il y un danger public, que l'erreur essentielle est l'initiative laissée aux maires ; que les mesures d'hygiène sont appliquées dans la limite où les maires veulent qu'elles soient appliquées, ou dans celle de leur pouvoir, à cause de leurs entraves électives, que l'hygiène doit être assurée par des commissions compétentes et indépendantes, que la loi de 1902 doit être réformée, que dans ces commissions techniques doivent entrer de nombreux médecins élus par leurs confrères, que le directeur du bureau d'hygiène doit être un docteur fonctionnaire, que tout ce qui touche à l'hygiène doit être réuni dans un seul département ministériel, avec un conseil supérieur de la santé publique. Mais pour aboutir à une réforme aussi sérieuse, il ne faut pas s'engager à la légère et il faut se livrer à des études approfondies.

Le Dr LAFONTAINE (Paris) objecte que si les maires n'osent faire le nécessaire, c'est que l'organisation sanitaire actuelle fait peur au public. Elle est en effet bureaucratique, policière, tracassière, vexatoire. On se borne dans les conseils à écrire de superbes rapports, mais l'on n'agit pas : l'hygiène est verbale et non technique. Tout est à refaire. Il demande avec instance le vote de

ses conclusions ; nous mourons, dans ce pays, d'étatisation, il faut en matière sanitaire faire appel aux praticiens et à eux seuls.

Le Dr Bertillon (Seine-et-Oise) pense qu'il faut renvoyer la question aux Syndicats qui concluront.

Le Dr Le Fur (Paris) croit que ne pas voter de conclusions serait une preuve d'impuissance, il faut conclure :

Le président met aux voix les conclusions suivantes du rapport des Drs Lafontaine et Campinchi.

Le Congrès des praticiens,

Considérant qu'il n'est pas possible d'organiser les services techniques de l'hygiène sociale et publique hors du syndicalisme médical ;

Que cette organisation doit être le fait de la collaboration des Syndicats et des administrations locales ;

Décide :

D'orienter son action vers l'organisation syndicaliste et technique de l'hygiène publique.

Il demande, en outre, et dans ce but, aux organisations professionnelles (associations, sociétés médicales, Syndicats) de se mettre en rapport pour déterminer de façon précise leur rôle respectif, et aboutir ainsi à plus d'unité, plus de cohésion, plus de méthode, dans l'action.

Il demande que soient constituées des Commissions locales, départementales, centrales, composées par moitié de délégués de Syndicats (Syndicats locaux ou Fédérations départementales ou Unions des Syndicats), par moitié de délégués des pouvoirs publics (locaux ou départementaux ou centraux), qui auront pour but d'examiner puis de résoudre dans la pratique les différents problèmes d'hygiène posés par les faits.

Ces conclusions sont unanimement *adoptées.*

Puis tour à tour les vœux suivants sont adoptés ou pris en considération et renvoyés à l'étude des syndicats.

Vœux proposés par le Docteur Bolliet : I. A *propos des bureaux d'hygiène et de l'inspection départementale d'hygiène* :

Le Congrès émet le vœu :

— Que les directeurs des Bureaux d'hygiène et les inspecteurs départementaux d'hygiène soient toujours des médecins.

— Qu'ils aient pratiqué la médecine pendant cinq ans au moins ;

— Que leur recrutement ait lieu par voie de concours avec présence obligatoire dans le jury de médecins faisant partie des groupements professionnels du département ;

— Qu'ils soient suffisamment rémunérés et ne fassent pas de clientèle ;

— Que dans chaque Bureau d'hygiène ou tout au moins dans chaque département soit créé un *Laboratoire de bactériologie et de chimie* auquel les praticiens pourront demander les renseignements et les analyses utiles.

II. *A propos des Conseils départementaux d'hygiène et des commissions sanitaires de circonscription.*

Le Congrès émet le vœu :

— Que, dans les Assemblées sanitaires, la représentation du Corps médical syndiqué soit prépondérante. Les médecins seront choisis sur une liste double de candidats, présentée par les Syndicats médicaux, et, s'il n'y a pas de Syndicats, par les Associations professionnelles du département ;

— Que des indemnités suffisantes soient allouées aux membres des Assemblées sanitaires ;

— Que les Assemblées sanitaires tiennent, périodiquement et à jour fixe, des réunions obligatoires ;

— Que les Assemblées sanitaires aient non seulement le droit d'être consultées sur toutes les questions intéressant la santé publique et de recourir à toutes les mesures d'instruction qu'elles jugent convenables, mais qu'elles possèdent également le droit d'initiative.

— Que le Préfet soit tenu de se conformer aux avis des Assemblées sanitaires ; il pourrait, toutefois, en appeler de la Commission sanitaire au Conseil départemental et de celui-ci au Conseil supérieur d'hygiène.

III. *A propos du Conseil supérieur d'hygiène.*

Le IVe Congrès des praticiens, émet le vœu :

— Qu'une dizaine au moins de médecins mandatés par les Syndicats médicaux soient désignés pour faire partie du Conseil supérieur d'hygiène publique.

IV. *A propos de la déclaration des maladies transmissibles et du mode de déclaration.*

Le Congrès émet le vœu :

— Que, pour respecter le secret professionnel, l'article 5 de la loi 1902, soit modifié ainsi :

Art. 5.— La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 est obligatoire d'urgence et au plus tard dans un délai de 24 heures après que le médecin en aura constaté l'existence, par le malade, par le principal occupant (chef de famille ou d'établissement) des locaux où se trouve le malade et, à son défaut, dans l'ordre ci-après, au conjoint, à l'ascendant, au plus proche parent du malade ou à toute personne résidant avec lui ou lui donnant des soins.

Une prescription de désinfection, délivrée par le médecin traitant et confirmant le diagnostic de la maladie, devra être annexée à la déclaration du responsable.

La non-délivrance par le médecin traitant de la prescription de désinfection et la non-déclaration

de la maladie par le responsable seront punies d'une amende de 50 à 200 francs.

— Que l'arrêté du 10 février 1903 relatif au *mode* de déclaration des maladies transmissibles soit modifié en ce sens que cette déclaration devra être faite *à un médecin* : médecin directeur du Bureau d'hygiène, médecin inspecteur départemental ou membre du Conseil départemental d'hygiène, médecin membre de la Commission sanitaire de circonscription.

V. *A propos de la désinfection.*

Le Congrès émet le vœu :

— Que, dans la prescription de désinfection annexée à la déclaration du responsable, le médecin traitant puisse déclarer :

1° Ou bien qu'il *se charge*, d'accord avec le malade ou son entourage, d'exécuter ou de faire exécuter par ses soins, en cours et en fin de la maladie dont le diagnostic est spécifié dans la déclaration du responsable, les opérations de désinfection, conformément aux instructions du Conseil supérieur d'hygiène dont un exemplaire sera remis à l'un des responsables.

2° Ou bien qu'il *invite* l'autorité compétente à faire exécuter par le service public les opérations de désinfection, en cours et en fin de la maladie dont le diagnostic est spécifié dans la déclaration du responsable. Même dans ce cas, l'agent public devra agir *de concert* avec le médecin traitant.

— Que, dans les deux cas, le contrôle de la désinfection soit fait uniquement par un *médecin*.

— Que le décret du 10 juillet 1906 sur l'organisation et le fonctionnement du service de la désinfection soit modifié dans le sens indiqué ci-dessus.

Conclusions proposées par le Dr Fernand Decourt au sujet du rapport sur l'organisation de l'hygiène technique par le Corps médical.

Le 4e Congrès des Praticiens :

Constatant que la loi du 15 février 1092 « relative à la santé publique » est restée sur beaucoup de points inopérante par suite d'un oubli constant du rôle technique primordial des médecins traitants dans la bonne organisation de l'hygiène sociale.

Persuadé qu'il est de l'intérêt même de la santé publique que le corps médical ait le droit de collaborer à la pratique et à l'organisation de l'hygiène sociale et de la défense sanitaire dont les diverses branches administratives — actuellement éparpillées en de trop nombreux services différents — seraient réunies en un seul organisme autonome et responsable.

Demande :

1° Que soit créé un *ministère de l'hygiène et de la santé publique*, assisté d'un *Comité supérieur d'hygiène* dont feraient partie des délégués du Corps médical enseignant proposés par l'Académie de médecine et des délégués des médecins praticiens proposés par l'Union des syndicats médicaux de France.

2° Que, dans chaque départementl soit créé un *Comité départemental d'hygiène* dont feraient partie, outre les autres compétences techniques (ingénieur, architecte, pharmacien, chimiste, par exemple...), des délégués des syndicats médicaux régionaux, ou à leur défaut des associations médicales du département.

Les décisions de ce Comité seraient exécutées par un *directeur départemental d'hygiène*, un médecin (fonctionnaire et ne faisant pas de clientèle) qui, outre les services d'inspection actuels (nourrissons, écoles, enfants assistés, etc.), serait chargé de centraliser tout ce qui concerne l'hygiène, la salubrité publique, les épidémies, etc...dans l'étendue du département.

Il aurait, sous sa direction immédiate, un *Laboratoire départemental d'hygiène* pourvu d'un personnel technique pour les analyses chimiques d'eaux, les recherches de fraudes alimentaires, lait, vin, denrées quelconques, etc... et pour les analyses médicales réclamées par les médecins praticiens : exsudats diphtériques, crachats, tuberculeux, sérodiagnostic de Widal, les Wassermann au besoin, etc...

3° Que, dans chaque arrondissement, soient formées une ou plusieurs *Commissions sanitaires*, analogues à celles qui existent actuellement, mais à compétence étendue et pourvues de certains droits *d'initiative.* Elles comprendraient des délégués des syndicats médicaux régionaux et auraient la faculté de contrôler le fonctionnement d'un *service régional de désinfection* tenu par un agent spécial placé sous la direction immédiate du directeur départemental d'hygiène.

4° Que, dans chaque commune,soit créée une *Commission municipale d'hygiène* dont feraient partie un médecin, au moins, dans les villes au-dessous de 10.000 habitants et dans les autres des délégués des syndicats de médecins avec voix délibérative. Ces commissions pourraient communiquer directement soit avec la Commission sanitaire régionale, soit avec le directeur départemental d'hygiène.

***

La collaboration du Corps médical à la pratique et à l'organisation de l'hygiène sociale seraient ainsi assurée. De plus, dans chaque point de la France, la défense sanitaire locale recevrait ainsi le concours indispensable des compétences techniques locales — les médecins praticiens ou leurs organisations professionnelles étant ainsi obligatoirement consultés, pour le plus grand bien de la collectivité..

Vœu du Dr GIRY (Meurthe-et-Moselle) *sur la tuberculose des instituteurs.*

Le Congrès des praticiens, réuni en mai 1914 :

Emet le vœu que l'instituteur atteint de tuberculose soit mis dans l'obligation de cesser ses fonctions

d'une façon définitive et qu'il touche sans limite l'intégrité de son traitement, ce qui lui permettra de se soigner et de subvenir toujours aux besoins de sa famille.

Vœu du Dr Sirot (Côte-d'Or) demandant la représentation des syndicats dans les Commissions administratives des hôpitaux et hospices,

Vœu du Dr Cibrie (Paris) *à propos de l'impôt sur le revenu.*

Le Congrès des praticiens, représentant autorisé du Corps médical français, sans discuter le principe d'un changement à apporter dans le mode de perception de l'impôt, proteste de la façon la plus formelle contre toute taxation qui, en nécessitant la preuve apportée par le médecin, serait une violation fatale et constante du secret professionnel

Vœu du Dr Pichery (St-Lô) en faveur de l'organisation par le Syndicat et sous sa responsabilité des vaccinations et de l'inspection des enfants du premier âge.

Le Dr Prunet (Cher) présente l'ordre du jour concernant le rôle moral des syndicats, signé de 23 de ses confrères.

Le IVe Congrès des praticiens, prenant acte de la volonté unanime du Corps médical de repousser énergiquement toutes les tentatives de fonctionnarisation et de poursuivre partout l'application du libre choix du médecin par le malade et du paiement à la visite, principes qui doivent régir les rapports du Corps médical avec toutes les collectivités,

Conscient de ses devoirs envers les malades dont il place et placera toujours les intérêts avant ceux du médecin.

Regrette que quelques rares abus *tout à fait exceptionnels* aient pu être reprochés à quelques rares médecins, toujours les mêmes d'ailleurs,

Rappelle que contre ces abus les groupements professionnels ont toujours énergiquement protesté sans avoir trouvé ailleurs les concours nécessaires pour les réprimer,

Déclare les réprouver formellement et se désolidariser d'avec leurs auteurs,

Et invite les Syndicats à poursuivre leur haute mission d'éducation morale de la nation et à prendre toutes mesures utiles pour empêcher le retour de ces très rares défaillances.

Ce vœu est voté à l'unanimité, aux applaudissements prolongés de l'Assemblée.

Le Dr Dubief (Saône-et-Loire) a fait un très intéressant rapport au sujet des *soins médicaux gratuits donnés aux gendarmes.*

De très intéressantes communications furent faites par le Dr Kolbé (Châtel-Guyon) sur l'*organisation sanitaire en Allemagne*, par le Dr Labadie (de Paris) *sur l'organisation de l'hygiène et la lutte contre la tuberculose à New-York* ; par le Dr Didier, médecin du Collège d'athlètes de Reims, sur le *rôle du médecin dans l'éducation physique.* Nous publierons ou analyserons, dans la mesure du possible, ces travaux.

Après une courte allocution très applaudie, où le grand succès obtenu par cette manifestation des praticiens est constaté, le président Gairal déclare clos le IVe Congrès des Praticiens.

La réception offerte aux congressistes par les Syndicats parisiens.

A 9 h. 1/2 du soir, une réception toute intime fut offerte aux congressistes par le Syndicat des médecins de la Seine et le Syndicat médical de Paris dans les salons du restaurant Marguery. Nombre de congressistes s'y rendirent et plusieurs femmes de médecins vinrent y apporter le charme de leur présence.

Mademoiselle Rachel Launay, de l'Opéra-Comique ; M. Jacques de Feraudy, de la Comédie-Française et plusieurs artistes des théâtres et concerts de Paris y furent longuement applaudis.

A la demande de quelques confrères, le président Gairal, en termes émus, signala la navrante détresse de la famille d'un médecin, cruellement frappée par la mort brutale de son unique soutien, un de nos meilleurs et plus aimés confrères. Les congressistes furent heureux de faire acte de solidarité ; les pièces d'or et les pièces blanches s'accumulèrent sur le plat tendu par la gracieuse femme de l'un d'eux et, malgré le petit nombre des assistants au moment de la collecte, 300 francs furent recueillis, faible gage de confraternité qui sera adressé à la famille du praticien décédé pour participer à l'hommage que ses confrères doivent à la mémoire du vaillant disparu.

Le Dr Gairal remercia ensuite le Dr Laporte, de Marseille, qui avec ses confrères Coste et Lautier, fut l'artisan le plus actif de la réconciliation décidée aujourd'hui en principe et dont il ne désespéra jamais.

Puis au moment de la séparation, le Dr Jacob, de Paris, un fervent disciple de Rabelais, vint lire un curieux passage de ce grand confrère, s'adaptant singulièrement aux circonstances, passage que pouvaient entendre les oreilles les plus pudiques et que notre bon ami Jacob déclama de la voix chaude et tonitruante qui sied si bien à ce rabelaisien convaincu :

En iceluy jour, maintenant que par le Congrès des médicins vous avez remède trouvé infinable contre toutes altérations, c'est vertueusement opéré.

Vous estes en santé désirée.

Cela est bien, cela est bon, cela me plaist.

Dieu, le bon Dieu en soit éternellement loué !

Quant est de moi, j'en suis là et je me recom-

mande. Je suis sain et dégourt ; prest à boire, si voulez.

Me demandez-vous pourquoi, gens de bien ?

Réponse irréfragable : Tel est le vouloir du très bon, très grand Dieu, auquel je acquiesce, auquel je obtempère, duquel je révère la sacro-sainte parole de bonnes nouvelles, c'est l'Evangile, auquel est dit, en horrible sarcasme et sanglante dérision au médecin négligent de sa propre santé : Médicin, o, guériz toy mesmes. »

A. G. — P. B. et J. N.

Epilogue.

Tel fut le IVe Congrès des Praticiens. Devons-nous en souligner l'important succès ? Nous avons vu, dès l'ouverture de ses travaux, un sénateur venir y faire une importante communication au nom du ministre du Travail. Nous avons entendu des professeurs de la Faculté de Paris, des membres de l'Académie de médecine y donner l'assurance de leur entière solidarité avec les praticiens, leurs confrères. Nous avons constaté avec orgueil l'intérêt que M. le Directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques portait à ses discussions auxquelles il a pris une part importante. Nous avons vu un délégué du Ministre apporter officiellement au Congrès des assurances de bonnes intentions que nous eussions voulu plus formelles et plus nettes. Nous avons admiré la gravité, la méthode, la compétence des rapporteurs et des orateurs, l'enthousiasme raisonnable des auditeurs, l'unanimité absolue des votes pour les grandes résolutions prises.

Nous avons assisté à la réconciliation des syndiqués qui avaient été séparés, nous l'avons bien constaté, sur de simples questions de forme, mais qui restent intimement unis sur toutes les questions de principe et de fond.

Et dire que l'on avait prédit un échec complet de ce Congrès, que tous les antisyndicalistes avaient concentré leurs efforts pour faire le vide dans la salle des Sociétés savantes, que le Conseil général des Sociétés d'arrondissement de Paris avait refusé de participer à l'organisation.

L'Association générale des médecins de France, elle-même, suivant les ordres de quelques antisyndicalistes qui momentanément président à la direction de son Conseil général, avait aussi refusé à ce Congrès ses subsides. Nous trouverions naturel ce refus d'une Fédération mutualiste si elle ne se targuait de participer à la défense professionnelle et n'avait eu l'ineffable prétention de couvrir nos Syndicats de sa stupéfiante égide. Mais ce ne fut certes pas par sympathie pour les syndicats et leur grande manifestation que l'A. G. fixa son Assemblée générale dix jours avant le Congrès ; sans doute voulait-elle ainsi éviter à ses délégués venus de lointaines provinces la fatigue d'y participer (1) ?

A ces petites intrigues, les praticiens français ont répondu comme il convenait, en accourant en foule du nord au midi, de l'est à l'ouest. Les syndicats ont envoyé des délégués de tous les coins de France.

La concorde absolue a régné partout et l'Union des syndicats médicaux de France a formidablement accru ses forces et son prestige.

Désormais le syndicalisme médical, assez vigoureux pour rompre les lisières dont on voulait encore naguère étroitement l'entourer, saura se passer de concours dont il n'a que faire et, remplissant toute la besogne que la loi donne à lui seul le droit de remplir, il répondra aux mouches du Coche qui viendront bourdonner autour de lui.

« A chacun sa tâche,
A chacun son métier ».

J. Noir.

(1) Nous ne saurions rendre tout le Conseil général de l'A. G. responsable de cette grosse... maladresse. Nous savons que le Syndicalisme médical compte dans son sein de nombreux et dévoués partisans et que parmi ses membres, il en est beaucoup et non des moindres, qui ont un passé glorieux dans l'action syndicale, passé qu'ils ne sont pas disposés à renier. Il est néanmoins fâcheux que, sans doute par un vote de surprise, des inconscients aient donné l'impression que l'A. G. se dressait contre les syndicats médicaux. C'est là le réveil d'une tradition disparue il y a environ un quart de siècle et que nous croyions bien définitivement oubliée.

J. N.

L'AGENDA-MEMENTO DU PRATICIEN 1915

5e ÉDITION

Voici la 5e édition de l'Agenda-Memento du Praticien, dont nous avons l'agréable devoir de faire la présentation au Corps médical.

Dans ses éditions successives, dont chacune apparaît tout à la fois comme le reflet de celle qui l'a précédée et comme le noyau de celle qui lui fera suite, l'Agenda n'apparaît pas seulement comme une sorte de *diurnal* sur lequel le médecin inscrit au jour le jour « ce qu'il doit faire ». Ce n'est pas seulement encore l'*aide-mémoire* qui condense brièvement en quelques têtes de chapitre les indications succinctes de certains prinicipes essentiels « dont il doit se souvenir ». C'est plus et mieux. Et son signalement serait plus complet et plus expressif, s'il était possible d'y introduire, sans pédanterie, le « *cognoscenda* » qui marque d'une façon précise que notre collection de brochures, qui s'enrichit chaque année d'une unité, est le recueil de toutes les matières « qui doivent être connues du praticien ».

Entendons-nous, chers lecteurs. — Et ici, nous écrivons surtout pour les confrères qui, jusqu'à ce jour, ignorent encore notre œuvre, et qui ne soupçonnent pas à quel point ils sont déshérités de ne pas posséder sur leur bureau les quatre Agendas déjà publiés. — L'Agenda-Memento n'est pas un compendium de sciences médicales. C'est à l'école, c'est à l'amphithéâtre, c'est à l'hôpital, c'est dans les ouvrages d'anatomie, de pathologie, de thérapeutique, que le médecin a appris son métier ; c'est là qu'il va puiser, selon ses besoins et ses possibilités, les descriptions, les indications, les explications, les répétitions qui lui permettent d'asseoir sur des bases solides un diagnostic difficile, de mener à bien un acte opératoire inaccoutumé, de formuler opportunément un traitement rare et compliqué.

C'est cela le métier, le médecin étant fait surtout et avant tout pour le malade.

Mais médecin et malade ne sauraient s'abstraire de leur entourage, de leur ambiance, de leur état social, ni être considérés comme des isolés, indépendants de la masse, dont chacun aura fait son devoir envers l'autre, le premier en apportant au second science et dévouement, celui-ci honorant celui-là ainsi qu'il convient. A côté de l'individu, ou mieux, autour de lui, il y a la collectivité, avec laquelle il entretient des rapports. Ces rapports, dans une Société organisée, ce sont les lois que en fixent la nature, l'étendue, les limites. Et quand, de par l'évolution même des mœurs, l'individualisme tend à se fondre dans l'Association, en lui cédant la place, le législateur, dont la mentalité évolue, elle aussi, parallèlement, s'applique, après avoir réglé jadis le sort de l'individu, à donner désormais à l'Assocation ses plus constantes préoccupations. C'est ainsi que, considérant l'état sanitaire de la collectivité, il légifère sur la santé publique ; c'est ainsi que, dans cette collectivité, il envisage avec sollicitude l'infortune et l'indigence, et codifie l'Assistance publique ; c'est ainsi encore que, devant la poussée du progrès du machinisme industriel et les dangers qui en résultent pou l'ouvrier, il détermine les conditions sous lesquelles la responsabilité patronale entre en jeu dans les accidents du travail, et se met en cause.

C'est ainsi que, soucieux de la décroissance de la natalité française, il s'efforce de protéger l'enfant, non seulement après sa naissance, mais encore avant elle, en assurant à la femme enceinte parvenue au terme de sa grossesse, le repos qui lui est nécessaire pour mener à bien cet acte auguste de l'enfantement, et les subsides qui la mettront pendant tout ce temps à l'abri du besoin.

Or, toutes les lois sociales ont ceci de particulier et de commun qu'en dehors des intéressés pour qui elles ont été faites, elles font intervenir nécessairement et obligatoirement, mais à des degrés divers, le médecin. Qu'il s'agisse d'hygiène, de prophylaxie, d'assistance, de prévoyance, toutes ces organisations ayant pour but la défense, la préservation et l'amélioration sociales, le médecin est un des rouages indispensables à leur bon fonctionnement. Et comment pourrait-il remplir utilement son rôle, s'il n'en est pas instruit à l'avance d'une façon détaillée et lumineuse ? Mais comment pourrait-il en être instruit, alors qu'au cours de ses études, personne ne lui en souffle mot, pas plus d'ailleurs — ou si peu, — que de ses devoirs envers ses confrères, de ses devoirs envers lui-même, dont l'un des plus impérieux consiste à tirer correctement, mais suffisamment, de sa profession, les ressources qui le feront vivre, lui et les siens ?

Il faut donc qu'il fasse son éducation lui-même à ses propres dépens. Que de temps perdu ! Que de risques courus ! Que d'argent dépensé avant que cette lacune de son éducation professionnelle soit comblée, si tant est qu'elle puisse l'être un jour dans ces conditions !

Eh bien ! C'est à cette insuffisance que l'Agenda-Memento prétend remédier, en mettant à la portée du praticien toutes les connaissances pratiques indispensables à sa vie professionnelle :

Les documents (*lois, décrets, arrêtés, règlements d'administration publique*) qui régissent ses actes journaliers et dont il doit connaître textes et commentaires.

L'indication de *toutes décisions, tous jugements et arrêts* par lesquels les tribunaux ont fixé sur de nombreux points *ses droits et ses devoirs*.

Tous *usages*, toutes *pratiques*, *tous règlements et tarifs* qui président à la *fixation de ses honoraires*, à *l'établissement de ses notes*, *à leur recouvrement amiable ou judiciaire*, à la *responsabilité* de ceux qui doivent les payer, à la *prescription* qui peut les atteindre, etc., etc..

Toutes indications et recommandations précises sur ce qu'il peut faire et écrire, sur ce qu'il doit observer dans *ses interventions en matière de médecine publique*, et sur la forme même à donner alors à ses *déclarations*, *certificats*, *rapports d'experts*, *dépositions*, etc., pour rester en règle avec sa conscience, avec la prudence professionnelle, avec le secret médical.

Tous renseignements sur les *carrières de médecins fonctionnaires* (*recrutement, solde, avantages, obligations*) ; et de même sur le rôle du praticien dans les services publics auxquels il participe tout en se livrant à la clientèle ordinaire.

Tout ce que le médecin doit savoir au sujet des *Sociétés professionnelles* qui le couvrent ainsi que les siens, par l'*assurance, la mutualité, la*

prévoyance, contre la gêne de la maladie, de la vieillesse, du décès ou qui assurent sa défense individuelle ou par solidarité collective, etc., etc.

Et comme ces connaissances s'augmentent chaque jour de notions nouvelles, l'Agenda-Memento, qui se fait un devoir de se maintenir sans défaillance à la hauteur de sa tâche, reste toujours au fond semblable à lui-même, en renaissant tous les ans « revu, corrigé et considérablement augmenté », selon le cliché qui, pour être banal, n'en traduit pas moins l'exacte vérité.

Il en est pour nous comme pour le reste de l'humanité : ce sont les événements qui nous mènent, et qui élargissent notre programme de tout ce qu'ils apportent de neuf à notre activité toujours en éveil, et à notre souci de renseigner et d'instruire. Mais comme cet élargissement est sans limites, alors que nous sommes contraints, par la matérialité des choses, de nous borner nous-mêmes, nous avons cru bien faire et servir l'intérêt général en décidant de traiter désormais chaque année plus particulièrement une question déterminée, dans ses moindres détails, sans préjudice d'ailleurs des rappels et des compléments que comportent les autres chapitres de notre sommaire.

Pour 1915, notre choix s'est arrêté sur l'*ensemble des documents juridiques, textes de lois, décrets, règlements, jurisprudence*, etc., que le médecin ne doit pas ignorer.

Sans doute, le *droit* constitue-t-il une science complètement distincte, à tous les points de vue, des sciences médicales. Sans doute, la mentalité du médecin le prépare-t-elle mal à la compréhension des matières arides et abstraites qui sont à la base des Lois et des Codes. Pour regrettable que cela apparaisse, le médecin est mêlé de trop près à l'application des lois sociales, il se voit trop souvent appelé devant les Tribunaux, qui lui demandent compte de ses faits et gestes, pour qu'il lui soit permis d'ignorer complètement le *droit médical*.

En outre, nous avons inauguré un nouveau chapitre, en créant le portefeuille de la *Comptabilité médicale*, quatre-vingt-dix feuilles dont le recto et le verso comportent la totalité des renseignements économiques et techniques que le praticien a besoin de posséder sur chacun de ses malades.

L'exposé détaillé du système préconisé par nous a été fait dans le numéro 24 du 14 juin dernier.

L'œuvre du *Concours médical* se poursuit par étapes. Il ne se repose jamais. Mais toutes les fois que nous en entreprenons une nouvelle, — quelque bien médités, quelque bien scrutés, quelque bien pesés qu'en aient été les détails d'accomplissement, — nous ne sommes pas sans quelque appréhension sur l'issue de notre entreprise : Répondra-t-elle à un besoin réel ? Saura-elle se faire comprendre ? Aura-t-elle l'adhésion de ceux à l'intention de qui elle est tentée ? Autant de questions que nous nous posons tout d'abord.

Puis, selon notre habitude, la décision prise, nous partons ; nous allons de l'avant, soutenus par notre volonté de bien faire, mais anxieux tout de même sur le résultat, confiants cependant en nos amis et nos juges pour nous dire si nous avons réussi.

Mais quand, l'effort accompli, c'est une, puis dix, puis cent approbations qui nous arrivent, quand le résultat dépasse nos espérances, quand, ayant tiré l'édition de 1914 de l'Agenda à 7000 exemplaires, avec la crainte d'avoir 25 % de laissés pour compte, nous constatons que nous aurions dû, pour satisfaire à toutes les demandes, augmenter notre tirage d'un bon tiers, alors nous respirons d'aise et nous nous accordons la satisfaction suprême de conclure que, tout comme Titus, nous n'avons pas perdu nos journées.

Est-ce à dire que dans l'Agenda-Memento, tel qu'il se présente dans sa dernière édition tout soit parfait ? Loin de nous semblable prétention. Nous avons été les premiers à provoquer les critiques, les observations, les suggestions et les conseils. Nous restons toujours dans les mêmes intentions, et fidèles à notre ligne de conduite, qui s'inspire de cette conception : que tous nos lecteurs sont ou doivent être nos collaborateurs, nous nous sommes efforcés, nous nous efforcerons de tenir compte des remarques faites et de satisfaire aux desiderata exprimés. Et c'est ainsi que, s'il n'est pas parfait, l'Agenda-Memento va du moins en se perfectionnant avec le temps et les éditions.

Continuez donc, chers lecteurs, à nous faire part de vos impressions. Sensibles à vos compliments, nous vous sommes reconnaissants de nous faire part des améliorations dont votre expérience personnelle pourrait vous inspirer l'idée.

Et pour cela, lisez l'Agenda. Lisez-le dans toutes ses parties. Pour vous, amis de la première heure, dont le bureau supporte déjà les quatre premières brochures, la recommandation est superflue, et l'édition 1915 viendra s'incrire en bonne place auprès de ses aînées.

Quant aux nouveau-venus, s'ils croient en conscience qu'il y ait pour eux intérêt à posséder à portée de la main ce que certains ont appelé à bon droit « le livre de chevet du praticien », ils nous enverront le plus tôt possible le bulletin de souscription qu'ils trouveront d'autre part, après l'avoir rempli et signé. Ces indications nous sont nécessaires pour que nous puissions procéder à un tirage suffisant, afin de répondre à toutes les demandes.

***

Habent sua fata libelli ! Oui, répétons-le, les livres ont leur destinée.

Et savez-vous, amis lecteurs, pourquoi la destinée de l'Agenda-Memento est si heureuse ? C'est qu'à sa naissance, des fées bienfaisantes se sont penchées sur son berceau. L'Intelligence dévouée et la Confiance amicale lui ont servi de marraines en effet, et c'est sous leur égide qu'il suit son sort privilégié, pour la défense et la protection des praticiens unis sous la bannière symbolique du *Concours médical*.

LE CONCOURS MÉDICAL.

NOTA. — *Les confrères non encore abonnés au* " Concours " *et désireux de recevoir* **l'Agenda-Memento du Praticien 1915** *dès son apparition, c'est-à-dire vers le* 15 *novembre prochain, sont priés de nous retourner le Bulletin d'abonnement qu'ils trouveront à la page* 1702 *du présent numéro.*



REVUE GÉNÉRALE

LES PROGRÈS DE LA MÉDECINE EN 1914

Grâce au nombre toujours plus grand des chercheurs et des moyens de recherches, grâce à l'émulation internationale que créent les congrès périodiques, chaque année voit s'accomplir dans les sciences médicales de nouveaux progrès en séméiotique, en thérapeutique et en diététique. Nous essaierons aujourd'hui d'en signaler quelques-uns, en insistant sur ceux qui nous paraissent les plus pratiques.

I

Les ferments de défense du sang.

Dans un récent article du *Journal des Praticiens* M. le Dr Noel Fiessinger a très lumineusement traité cette question des ferments de défense du sang.

« Les découvertes modernes ont montré dit-il quela défense de l'organisme ne se borne pas à la phagocytosê : elles ont fait connaître les propriétés spéciales du milieu sanguin, propriétés bactériolytiques, agglutinantes et antitoxiques, que l'esprit schématique a synthétisées et matérialisées,en quelque sorte, dans le terme d'anticorps. Ce sont les anticorps qui interviennent dans la réaction de Wassermann, qui se manifestent dans la séro-réaction de Widal pour la fièvre typhoïde, et dans bien d'autres réactions employées aujourd'hui journellement en clinique médicale. En somme, si la période pastorienne peut être qualifiée de période des « infiniment petits », la période actuelle devient la période du « dynamisme humoral ». Or, l'idée qui domine le dynamisme humoral moderne, c'est la notion d'une force de défense. La maladie devient la lutte entre l'élément agresseur et une force réactionnelle ; cette force est surtout humorale,accessoirement leucocytaire. L'organisme se défend donc de deux façons;par ses éléments figurés (cellule conjonctive fixe et leucocytes) et par ses propriétés humorales. »

Rappelons qu'un ferment soluble ou diastase possède deux propriétés fondamentales : 1° une action disproportionnée avec la quantité de ferment en jeu ; 2° cette action ne diminue ni ne détruit la puissance du ferment. Il importe de bien saisir la différence qui existe entre le ferment et le microbe.

« Le ferment agit comme le microbe de préférence à 37°,mais il diminue seulement d'activité, sans être totalement détruit, aux environs de 60 à 70°. Les antiseptiques n'entravent pas son action, qu'il s'agisse de chloroforme, de phénols, de toluène ou de thymol. Il est possible d'isoler le ferment des substances qui le contiennent, il est en effet soluble dans l'eau et la glycérine et peut être précipité par l'alcool.

« Pour comprendre le mode d'action du ferment,il faut connaître la loi des catalyseurs d'Ostwald : un catalyseur est toute substance qui, sans apparaître dans les produits terminaux d'une réaction, modifie la vitesse de la réaction. Les ferments se comportênt comme des catalyseurs. »

M. N. Fiessinger divise les ferments de défense du sang en deux groupes :

« *a*) Ferments fixés ou leucocytaires :
Les oxydases et peroxydases,
Les protéases,
Les lipases.

« *b*) Ferments libres :
Les ferments de défense d'Abderhalden. »

a) Les ferments leucocytaires sont d'abord les *oxydases*. Les oxydases sont de deux sortes, les unes directes qui oxydent à l'aide de l'oxygène de l'air ou du milieu ambiant, et les oxydases indirectes, qui, mises en présence de l'eau oxygénée, la décomposent et produisent de l'oxygène naissant, agissant lui-même comme substance oxydante.

« Ces deux types d'oxydases se retrouvent au niveau des leucocytes du sang. »

« Les diastases oxy ases jouent un grand rôle dans la physiologie et dans la pathologie. Qu'on se rappelle combien dans toutes les affections générales, les processus d'oxydation sont troublés ! C'est d'une inhibition oxydasique que résulte le peu de résistance aux infections des cachectiques et des intoxiqués chroniques. Pour lutter contre cette inhibition, on injecte des ferments métalliques.

Les ferments métalliques agissent en détruisant les leucocytes de la série médullaire, c'est-à-dire surtout les polynucléaires (Albert Robin et P.-E. Weil). Cette destruction est d'autant plus accentuée qu'en même temps le sérum des malades acquiert la propriété leucolytique (Manoukhine, Noël Fiessinger et Krolunitzky). Les polynucléaires détruits libèrent leurs oxydases et toute la série des transformations chimiques de la crise classique s'opère, comme si la maladie était à son déclin. Les ferments métalliques agissent en libérant le ferment oxydasique de défense des polynucléaires. »

Après les oxydases, viennent la *protéase* leucocytaire et la *lipase.*

La PROTÉASE est une sorte de ferment digestif comparable à la trypsine du pancréas, qui peptonise les albumines ; elle contribue à la résorption des épanchements sanguins, hématomes, hémothorax, hémarthroses, et à la dissolution de la fibrine qui encombre les alvéoles pulmonaires dans la pneumonie aiguë.

La LIPASE est un ferment des leucocytes de la série lymphatique alors que la protéase est le ferment des leucocytes de la série myéloïde, polynucléaires. Elle a la propriété, par un phénomène d'hydratation, de dédoubler les graisses et, d'une manière générale, les éthers de la glycérine. Ce ferment sert à la défense de l'organisme contre les bacilles de la tuberculose, dont il dissout l'enveloppe cireuse spéciale, permettant ainsi à la protéase des polynucléaires d'attaquer la charpente protéique.

b) Les ferments libres sont représentés par le ferment d'Abderhalden. Ce ferment se développe dans le sang sous l'influence de l'apparition d'une substance alimentaire (solution de sucre de canne, albumine quelconque, etc.), non assimilable dans le plasma sanguin, pour transformer cette substance alimentaire en une matière assimilable.

« Abderhalden cite un exemple intéressant : mettons une solution de sucre de canne au contact de sérum de chien normal, le sucre ne subit aucune modification spéciale, mais si à ce chien on injecte sous la peau ou dans les veines une petite quantité de la solution de sucre, le sérum de son sang acquiert la propriété de transformer *in vitro* le sucre de canne et de l'invertir. Le même phénomène se produit pour les substances protéiques. Le sérum d'un animal ayant reçu des injections d'une albumine sous la peau ou dans les veines, présente bientôt dans son sérum un ferment qui a la propriété de scinder cette même albumine jusqu'aux amino-acides. Ce phénomène a pour effet de maintenir uniforme le milieu sanguin, n'y laissant passer que des éléments indifférents et détruisant tout ce qui est étranger. Ces ferments sont les « Abwehrfermente » ou « Schutzfermente » d'Abderhalden. »

La première application de cette découverte a été la recherche du diagnostic de la grossesse par l'étude du ferment produit dans le sang par l'albumine placentaire.

M. le Dr ROSTAINE a donné dans la *Revue des hôpitaux* une description très claire du procédé indiqué par Alderhalden : « Tout d'abord, dit-il l'auteur a proposé une méthode dite optique par le polarimètre. Pour pratiquer cet examen, il faut avoir, d'une part, de la peptone de placenta, qu'on prépare avec du placenta humain débarrassé du sang et suivant une technique spéciale et d'autre part, le sérum à examiner recueilli de façon aseptique et stérile.

« La méthode consiste à mettre en présence dans un tube polarimétrique 1 cc. de la solution de peptone et 1 cc. du sérum, à remplir ce tube d'eau physiologique et à faire la lecture au polarimètre de la déviation produite par ce liquide. On place, ensuite, le tube à l'étuve à 37° et on pratique un nouvel examen après une heure, puis toutes les six ou huit heures pendant 48 heures. La déviation principalement observée ne varie pas quand l'examen a été fait avec du sérum de femme normale et elle augmente s'il a été fait avec du sérum de femme gravide.

« On observe, dans ce dernier cas, des variations de 0,2° et plus entre la déviation primitive et la déviation après digestion de la solution de peptone par le sérum. ABDERHALDEN considère la réaction optique comme négative, quand la variation ne dépasse pas 0,04° ; il la considère comme positive quand la variation atteint de 0,05 à 0,1°.

« Cette méthode optique pèche par la nécessité d'un appareillage spécial et par la difficulté de préparation de la peptone de placenta, qui, malgré une technique rigoureusement observée, n'est pas toujours semblable à elle-même. Aussi ABDERHALDEN lui a-t-il substitué la *méthode de dialyse* qui s'appuie sur le fait suivant : les ferments formés dans le sang disloquent les molécules des substances étrangères qui peuvent, après cet acte de digestion, traverser une membrane dialysable. On recherche ensuite dans le dialysat, soit par la réaction du biuret, soit par une réaction colorée, la présence de peptone. La réaction du biuret est bien connue ; quant à la réaction colorée, qu'ABDERHALDEN considère comme un progrès, il l'obtient avec le réactif de RUHEMANN, solution d'hydrate de triacétohydrindène. Ce réactif n'est pas spécifique des peptones, mais donne une couleur bleu foncé par ébullition en présence des peptones et groupes voisins (amino-acides, polypeptides et protéides).

« Pour appliquer cette réaction au diagnostic de la grossesse, il faut : du tissu coagulé placentaire, 2 à 3 cc. de sérum frais, aseptique et sans la moindre trace d'hémolyse, enfin un dialyseur bien éprouvé pour connaître sa perméabilité aux colloïdes organiques.

« Dans un de ces dialyseurs on place un gramme de placenta coagulé découpé en petites pastilles lenticulaires ; on recouvre avec le sérum (2 à 3 cc.). On place ensuite le dialyseur dans un vase de 15 à 20 cc. assez étroit pour que le dialyseur tout entier soit baigné par l'eau. On étend à la surface des liquides, dans le dialyseur et dans le vase, une mince couche de toluène et on porte le tout à l'étuve à 37° pendant seize heures.

« On prélève alors 10 cc. du dialysat avec une pipette en évitant d'entraîner du toluène ; on y

ajoute 0,2 cc. d'une solution à 1 % d'hydrate de triacétohydrindène (réactif de RUEMANN) et on porte à l'ébullition pendant une minute.

« La réaction est positive quand le liquide prend une coloration bleu foncé ; elle est négative quand la solution reste incolore ou se colore en jaune clair.

« La méthode optique et la réaction du biuret donnent avec la réaction colorée des résultats concordants.

« Pour ABDERHALDEN, les résultats sont toujours nets : le sérum des femmes enceintes donne toujours une réaction positive, le sérum des femmes non gravides donne toujours une réaction négative.

« Beaucoup de prudence doit cependant être recommandée dans l'interprétation de ces réactions, dit M. le Dr N. FIESSINGER (*Journ. des Praticiens*). On peut l'envisager différemment suivant qu'elle est négative ou positive. Négative, il ne s'agit pas d'une façon presque certaine d'une grossesse. Positive, ne vous pressez pas d'affirmer une grossesse, certaines suppurations génitales, certains fibromes, certaines métrorrhagies, certains cancers utérins, peuvent donner la même réaction. Les erreurs sont possibles alors, dans une proportion variant du dixième au cinquième des cas. Des travaux se poursuivent actuellement dans le laboratoire du Pr Bar pour fixer l'exacte valeur de la réaction. D'après ses constatations, M. Fiessinger peut affirmer que du début de la grossesse à la fin, la réaction est positive, que par contre chez la femme normale et jeune non enceinte, la réaction est négative.

« Abderhalden n'a pas limité l'étude de ses ferments de défense à la grossesse. Il a montré que dans chaque circonstance pathologique où il se produit dans une région quelconque de l'organisme une résorption d'une albumine viscérale, il pouvait se produire un ferment de défense spécifique à l'égard de cette albumine.

« Il a étudié les divers ferments qui apparaissent dans le sang à l'occasion des maladies infectieuses, des fièvres éruptives (scarlatine en particulier), des maladies du foie, des capsules surrénales, du pancréas, du corps thyroïde, des maladies du système nerveux et spécialement du cerveau, du cancer, etc. L'étude de ces ferments et des réactions qu'ils produisent offre un réel intérêt mais, comme on constate souvent des intermittences dans l'apparition des ferments, il ne faut pas trop s'attarder à leur recherche. »

Ce qu'il faut noter, avec le Dr A. Leroy, comme conséquence de cette constatation de la dissociation et de la transformation moléculaire des albumines anormales circulantes :

1° Cette dissociation entraîne une augmentation de la tension osmotique proportionnelle à la multiplication des molécules isolées ; l'augmentation de la tension osmotique est surtout sensible dans le sérum des capillaires cutanés, et elle peut, par suite, déterminer la rupture de cette barrière ; les exanthèmes et les éruptions diverses des maladies infectieuses, et notamment de la scarlatine, seraient attribuables à cette cause mécanique ;

« 2° La dissociation des albumines anormales à grosses molécules est apparemment exothermique, donc produit une certaine quantité de chaleur et contribue ainsi à l'élévation de la température du corps et à l'apparition de la fièvre ;

« 3° Enfin, le chlorure de sodium accompagnant partout, dans l'organisme, l'albumine anormale et ses produits de désintégration, la susdite dissociation protéolytique doit entraîner une rétention chlorurée concomitante, que l'on constate en effet dans la scarlatine et dans d'autres maladies.

« On peut juger, par ce qui précède, du bouleversement que l'interprétation de la réaction d'Abderhalden est capable d'apporter à certaines conceptions de la pathologie générale ».

II

Paralysie générale.

Les hardiesses des méthodes d'exploration modernes, telles que la *Ponction cérébrale* directe, à travers le crâne, au moyen d'un perforateur en acier long de 7 à 10 centimètres, large de 2 mm 1/3 et mû par un tour à main ou à pied ou par un moteur électrique (Neisser et Pollak) et la *Ponction cérébrale par la voie orbitaire* (partie externe de la fente sphénoïdale) (Bériel, de Lyon), corroborées par la ponction lombaire et la recherche de la réaction de Wassermann, ont définitivement établi la nature syphilitique de la paralysie générale. On est parvenu, en effet, à faire des biopsies et des bactério-biopsies cérébrales qui ont démontré la présence de spirochètes vivants dans différentes régions de l'encéphate. Ces méthodes d'exploration, très minutieusement réglées, bien entendu, par la topographie cérébro-cranienne (Kocher, Poirier) permettent, non seulement le diagnostic, mais encore l'application thérapeutique locale et vraiment scientifique des médicaments reconnus, aujourd'hui, comme les plus efficaces.

Mais, avant d'aborder ce sujet, révisons un peu la partie clinique et séméiologique de la question. De grands progrès ont été accomplis aussi de ce côté. M. Gilbert Ballet a signalé avec précision les troubles prémonitoires de la P. G. : tout d'abord, de nombreux phénomènes nerveux (palpitations, douleurs fugaces vésicales, gastriques, musculaires, tristesses, langueurs, hébétements découragements) qualifiés troubles *neurasthéniques* ; puis des manifestations d'affaiblissement du sens moral (érotisme, absence de pudeur,

abus de confiance, vols) se montrant chez des sujets antérieurement syphilisés.

MM. Dupré et Logre ont énuméré dans le *Journal médical Français* les différents signes physiques et psychiques qui établissent l'existence de la paralysie générale :

Les signes *physiques* sont les troubles de la parole, les symptômes pupillaires, les altérations de la réflectivité tendineuse, le tremblement et l'instabilité de la langue, des lèvres et des mains, les désordres de l'apparition la notion des ictus et des paralysies passagères, enfin les modifications pathologiques du liquide céphalo-rachidien (albumine, lymphocytose, Wassermann).

Les signes *psychiques* sont : d'abord la démence, c'est-à-dire l'affaiblissement, à tous ses degrés, de l'activité psychique ; ensuite les états d'excitation et de dépression, enfin les idées délirantes.

Il est certain que lorsque l'on constate, chez un malade, la coexistence de ces deux séries symptomatiques, le diagnostic de paralysie générale s'impose. Mais, il arrive très souvent, notamment au début de la maladie, c'est-à-dire à la période où le diagnostic a le plus d'intérêt, que le tableau clinique, bien que composé d'éléments à la fois physiques et psychiques, apparaisse incomplet et que le médecin, selon les tendances de son caractère et le degré de son expérience, affirme à tort, ou, au contraire, méconnaisse la paralysie générale.

Les différents signes, somatiques ou mentaux, possèdent une valeur séméiologique très inégale, selon la signification étiologique, topographique ou évolutive qu'ils comportent. La plupart des signes physiques, en effet, révèlent, non pas la paralysie générale, mais la *syphilis chronique* du névraxe et des méninges (symptômes oculaires, troubles moteurs, données de la ponction lombiare). La plupart également des signes mentaux (troubles de l'humeur et de l'activité, conceptions délirantes) apparaissent parfois comme douteux, contingents, variables, non pathognomoniques de la paralysie générale. Ils peuvent s'observer au cours de diverses affections mentales (débilité et déséquilibre psychiques, crises essentielles d'excitation ou de dépression, certains états vésaniques, épileptiques ou toxiques).

Dans cette double série d'éléments physiques et psychiques, deux symptômes doivent, avant tous les autres, s'imposer à l'attention du médecin : l'un d'ordre moteur, est la *dysarthrie*, l'autre, d'ordre psychique, est la *démence*.

La *dysarthrie* de la paralysie générale apparaît, en effet, parmi tous les autres désordres moteurs, d'ailleurs contingents, de la maladie, comme un symptôme tellement capital par sa quasi-constance, par la spécificité de ses caractères, par son association aux autres troubles du mouvement dans le même domaine fonctionnel (instabilité et tremblement de la langue et des lèvres) qu'elle suffit souvent, pour un aliéniste, c'est-à-dire pour un praticien à l'oreille spécialement exercée, à faire reconnaître, à elle seule, l'existence de la paralysie générale. Le psychiâtre peut, en effet, diagnostiquer la maladie chez un sujet qu'il n'a pas encore vu, mais dont il entend la parole dans le voisinage. Il convient d'ajouter ici que le syndrome dysarthrique, susceptible d'autoriser un diagnostic pour ainsi dire purement auditif, revêt encore plus de valeur lorsque le médecin peut l'observer, non seulement par l'oreille, mais par les yeux et suivre, sur le visage du malade, au cours de l'articulation verbale, les tressaillements spasmodiques, les petites secousses convulsives et les contractions fibrillaires, qui, pour l'inspection, représentent les équivalents visuels des éléments auditifs de la dysarthrie. Mais, la dysarthrie, surtout au début de l'affection, peut faire défaut ; lorsqu'elle existe, elle est souvent intermittente et ne se manifeste que dans quelques circonstances susceptibles de provoquer normalement un certain embarras de la parole : fatigue, alcoolisme, lésion linguale, édentation, émotion, accélération du discours, prononciation de mots d'épreuve, etc. Sa constatation, surtout chez certains sujets atteints de vices congénitaux de l'élocution, devient alors malaisée et sa valeur séméiologique équivoque.

A cette inconstance, à cette discontinuité et à cette incertitude relatives du plus important des signes physiques de l'affection, on peut opposer la constance, la continuité et la signification véritablement pathognomonique, dans la majorité des cas, du symptôme psychique essentiel de la paralysie générale : la *démence*.

Cette démence paralytique est *globale*. Elle affaiblit d'abord et détruit ensuite par une atteinte générale l'activité psychique dans tous ses modes : intellectuel, affectif, moral et volontaire. La diminution du jugement et l'amnésie vont de pair avec l'indifférence, l'apathie, l'abaissement du niveau moral et la déchéance de la volonté. Cette démence globale est, au début, légère et incomplète, mais elle n'est jamais partielle ; elle apparaît ensuite, par ses progrès plus ou moins rapides, de plus en plus profonde et complète ; et elle finit, sans avoir cessé d'être globale, par devenir totale.

Cet affaiblissement global s'accompagne de dissociation intrapsychique, d'altération de la personnalité, de disparition du jugement et de l'autocritique, de conservation de l'automatisme mental.

« A côte de ces phénomènes de démence, on observe le syndrome caractéristique du délire d'imagination fantastique et colossal, de la mégalomanie la plus extraordinaire et la plus outrée ».

Nous arrivons maintenant à la thérapeutique de la P. G.

M. le Dr A. SICARD a beaucoup contribué, pour sa part, aux progrès du traitement local de cette terrible maladie.

La nature syphilitique de la P. G. étant bien établie, il semblait que la seule méthode thérapeutique efficace dût être l'administration du mercure ou de l'arsénobenzol d'Ehrlich. Mais, ces remèdes rencontrent de fréquentes difficultés d'absorption et sont mal supportés par les voies de pénétration ordinaires.

« Incontestablement, l'hygiène physique, le calme moral, l'alimentation, l'alitement méthodiquement combiné, les douches ou bains tièdes ont une importance indéniable dans la thérapeutique d'ensemble de la paralysie générale. Mais ces moyens ne sont qu'accessoires. Ils ne pourront jamais à eux seuls décider de la guérison.

« Les traitements *spécifiques* de la paralysie générale ne peuvent être que ceux actuellement connus de la syphilis ordinaire, c'est-à-dire les traitements par le mercure et le salvarsan ou arsénobenzol ».

En injections intra-veineuses hebdomadaires, aux doses de 0,40 à 0,60 centigr. de néo-salvarsan ou de 0,30 à 0,40 cg. de salvarsan, le sel d'Ehrlich a donné d'excellents résultats.

« Sans doute, on ne peut parler de guérison clinique, ni anatomique. La dysarthrie, quoique ayant rétrocédé, peut toujours être mise en évidence, les signes oculaires persistent ; mais, les troubles psychiques s'amendent, la mémoire redevient meilleure, l'indifférence disparaît. L'avenir seul, peut dire s'il y a persistance de ces améliorations.

En présence de cette insuffisance thérapeutique, M. SICARD, à l'exemple de MM. MARINESCO, LEVADITI, MARIE et DE MARTEL, a institué la méthode des injections intracrâniennes sous-arachnoïdiennes de salvarsan. M. Sicard a cherché à rendre aussi simple que possible la technique de ces injections. Il suffit d'avoir à sa disposition le petit matériel suivant : une solution de cocaïne, un bistouri, deux pinces hémostatiques en forme de cœur, un perforateur du type Lannelongue, une aiguille de Reverdin. On comprend, sans insister davantage, la chronologie des temps opératoires. L'incision cutanée n'est que d'un centimètre et demi de longueur. Aucune ligature vasculaire n'est nécessaire. La perforation de l'os se fait en deux à trois minutes *sans la moindre douleur*, et l'injection est poussée *sans la moindre réaction douloureuse*.

Peut être cette indolence est-elle spéciale aux sujets atteints de paralysie générale.

Bériel, de Lyon, a employé sa méthode de ponction intra-cranienne par la voie orbitaire pour injecter sous l'arachnoïde le néo-salvarsan.

« Les injections sont très bien tolérées, mais, *à la condition d'être sous-dure-mériennes ou sous-arachnoïdiennes*. Jamais, dit M. Sicard, nous n'avons eu aucun incident ou accident consécutif à enregistrer et certains de nos paralytiques généraux ont déjà reçu huit à dix injections sous-arachnoïdiennes crâniennes de 3 à 4 milligrammes de néosalvarsan chaque, dissous dans 5 cc. de sérum artificiel, soit à travers le même pertuis, soit à travers les pertuis avoisinants. Nous faisons, en général, trois perforations de chaque côté de la ligne médiane crânienne à 4 centimètres environ, latéralement ; une perforation à la région antérieure frontale, une seconde à la région moyenne, un peu en arrière de la scissure de Rolando, une autre à la région occipitale.

« Mais, si la tolérance de la cavité sous-dure-mérienne crânienne ou de la cavité au liquide céphalo-rachidien est extrême, *il n'en est pas* de même des régions parenchymateuses corticales ou sous-corticales. »

III

L'anaphylaxie alimentaire.

Sous le nom d'anaphylaxie alimentaire, écrivent MM. LAROCHE, Ch. RICHET fils et SAINT-GIRONS, dans une revue du *Paris Médical*, on désigne l'ensemble des accidents provoqués par l'ingestion seconde de substances fraîches et normalement bien tolérées, alors que la première ou les premières ingestions de cette substance n'en avait pas déterminé, ou en avaient déterminé de bénins.

Cette définition permet de séparer nettement de l'anaphylaxie : d'une part, les intoxications alimentaires provoquées par l'ingestion d'aliments avariés ou toxiques ; d'autre part, certaines susceptibilités spéciales qui se manifestent dès la première ingestion et n'augmentent pas dans la suite. Elle fait rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie certaines intolérances spontanées qui sont de plus en plus violentes à chaque ingestion.

L'anaphylaxie alimentaire est de notion récente. En même temps que son existence était peu à peu démontrée par la série des expériences de Ch. Richet, elle s'introduisait aussi en clinique, permettant ainsi d'interpréter certains accidents survenus après l'ingestion de diverses substances et mis alors sur le compte d'une idiosyncrasie difficilement explicable.

Les aliments anaphylactisants les plus connus actuellement sont les viandes crues ou cuites, le lait, les œufs, les crustacés, les mollusques, les haricots, les oignons, les fraises.

L'anaphylaxie peut être primitive et individuelle, elle peut être aussi héréditaire. Pour en expliquer la pathogénie, on invoque le passage dans le sang d'une excessive quantité d'hétéro-albumine non assimilable, du fait 1° d'une alimen-

tation exagérée, 2° d'une insuffisance des sucs digestifs.

« Dans ses grandes lignes, la pathogénie de l'anaphylaxie alimentaire est identique à celle de l'anaphylaxie en général. Dans les cas typiques, on retrouve l'ingestion ou les ingestions préparantes, et l'ingestion ou les ingestions déchaînantes.

« Ces faits concordent avec la théorie de Richet : l'ingestion préparante détermine la formation de toxogénine dans le sang de l'animal ; l'ingestion déchaînante provoque la formation d'apotoxine (par combinaison de l'antigène et de la toxogénine). Dans cette conception, l'injection préparante est donc indispensable.

« Il en va de même dans la théorie des précipitines, défendue par Marfan, puis par Friedberger. Cet auteur « obtient par réaction entre l'anti« gène et le sérum (de l'animal sensibilisé) un pré« cipité. Ce précipité est toxique et il provoque des « phénomènes anaphylactiques ».

« Cette ingestion préparante, n'est plus indispensable, si l'on admet une *théorie physique* de l'anaphylaxie, en se fondant sur les faits qui ont été vus chez l'animal par Besredka, Wassermann et Keyser, Bordet, et chez l'homme par Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain. Pour ces auteurs, les accidents anaphylactiques sont provoqués par la brusque dislocation de l'équilibre humoral. M. Widal et ses élèves ont vu, en particulier, que les crises d'urticaire, d'hémoglobinurie, d'asthme, sont précédées de modifications sanguines (chute de la pression artérielle, leucopénie et hypercoagulabilité sanguine), qu'ils ont décrites sous le nom de crise hémoclasique. Cette crise peut s'observer à la suite d'ingestions de substances les plus diverses (bicarbonate de soude, chlorure de sodium, et salvarsan).

« Le diagnostic d'anaphylaxie alimentaire se fait moins sur les symptômes que sur les circonstances étiologiques.

« Pour qu'on soit en droit d'affirmer la nature anaphylactique des accidents aigus observés, il faut et il suffit que :

« 1° L'aliment anaphylactisant n'ait provoqué aucun accident, ou n'en ait déterminé que de légers (par action toxique directe), lors de la première ingestion ;

« 2° Les accidents surviennent à chaque nouvel essai tenté pour accoutumer le sujet à l'aliment envers lequel il est anaphylactisé, et si faible qu'en soit la dose ingérée.

« 3° Les accidents apparaissent brusquement, immédiatement après l'ingestion.

« Dans la grande anaphylaxie, les différents symptômes, identiques à ceux de l'anaphylaxie expérimentale, forment par leur réunion un ensemble assez typique pour posséder une réelle valeur diagnostique : choc, convulsions, dyspnée, hypotension, urticaire, diarrhée, vomissements. Mais, dans la petite anaphylaxie, les symptômes souvent isolés (urticaire, prurigos récidivants, eczémas, migraines, etc.) ne sont aucunement caractéristiques ; le diagnostic se fondera uniquement sur les circonstances étiologiques dont nous avons indiqué la valeur. Dans bien des cas, du reste, ces circonstances n'apparaissent pas avec netteté ; le diagnostic est à peu près impossible. Les données sur lesquelles s'établit le diagnostic d'anaphylaxie chronique sont comparables, mais moins précises.

« 1° Au début, lors des premières ingestions, cet aliment a été bien supporté. Ce n'est qu'ultérieurement que les accidents sont survenus.

« 2° Ces accidents disparaissent, mais progressivement, lorsqu'on supprime cet aliment. Ils reparaissent, mais lentement, quand on le reprend.

« 3° Les accidents observés sont surtout des accidents cutanés (eczéma chronique, urticaires, des migraines à répétition), des accidents respiratoires, (poussées d'asthme).

« *Moyens de laboratoire.* — Deux procédés ont été employés pour démontrer la nature anaphylactique des accidents observés : l'un direct, anaphylaxie passive ; l'autre, indirect, méthode des précipitines.

« La première méthode consiste à injecter à un animal le sang du sujet supposé en état de sensibilisation anaphylactique. Le lendemain ou le surlendemain, on explore l'animal avec la substance anaphylactisante.

« Dans certains cas d'anaphylaxie médicamenteuse (antipyrine, quinine, iodoforme, sérum), cette épreuve a été démonstrative (Bruck, Manoïloff, Grysez et Bernard, Achard et Flandin).

« Dans le cas d'anaphylaxie alimentaire, cette méthode a été rarement pratiquée.

« Pourtant Bruck en a deux résultats positifs dans deux cas d'anaphylaxie à la viande de porc. Dans un cas d'anaphylaxie alimentaire aux moules, Flandin et Tzanck ont obtenu un résultat positif.

« Dans l'anaphylaxie médicamenteuse, les résultats ont été plus fréquemment positifs.

« Manoiloff a réalisé, dans les cas d'intolérance pour les bromures et dans trois cas d'intolérance à la quinine, une anaphylaxie passive.

« Le procédé indirect n'a été que rarement employé.

« Finizio a constaté deux fois la présence des précipitines dans le sang d'un enfant anaphylactisé au lait ; dans un cas, l'enfant, ayant cessé ultérieurement d'être anaphylactisé, ne présenta plus de précipitine. Cette méthode mériterait donc d'être appliquée à nouveau. Il y aurait peut-être lieu de faire des recherches sur l'intradermo-réaction et l'ophtalmo-réaction chez les anaphylactisés, puisque, Brazis a pu constater une véritable intra-dermo- et une ophtalmoréaction au blanc d'œuf chez une femme anaphylactisée aux œufs ».

Le diagnostic différentiel est souvent malaisé. Un certain nombre de renseignements sont nécessaires : L'indigestion est-elle due à un simple excès alimentaire ou à la mauvaise qualité des aliments ingérés. Plusieurs personnes ont-elles mangé les mêmes mets et ont-elles été incommodées aussi ?

Certaines entérites se présentent sous un aspect particulièrement impressionnant : dans les entérites suraiguës de la seconde enfance (choléra sec), le tableau clinique est presque identique à celui de l'anaphylaxie. Pourtant le début est moins brusque, et il n'a pas de déterminations cutanées.

« Les surrénalites aiguës peuvent réaliser le tableau complet de l'anaphylaxie : hypotension, asthénie, diarrhée et vomissements. Mais, les commémoratifs sont différents ; les surrénalites sont presque toujours secondaires à une maladie infectieuse (scarlatine, érysipèle, fièvre typhoïde).

« Quand les attaques d'anaphylaxie se multiplient, on peut penser, chez le tout jeune enfant, à un spasme du pylore, et aux vomissements cycliques chez les enfants plus âgés.

« Pour certains auteurs, en particulier Halberstadt et Lesné, le spasme pylorique serait même fonction d'anaphylaxie alimentaire au lait, du moins dans certains cas, en particulier, quand ils ne sont pas sous la dépendance d'une hypertrophie du pylore.

« Enfin, quand l'analyse minutieuse des faits aura prouvé que les accidents observés sont dus à l'ingestion d'un aliment déterminé, il faudra essayer de différencier de l'anaphylaxie l'intolérance que certains sujets ont pour tel ou tel aliment. Ce diagnostic est souvent impossible.

« Les symptômes sont, en effet, identiques, et Barnathan, dans sa thèse, donne comme cas d'anaphylaxie deux observations de Guinon, qui, vraisemblablement, sont des cas d'intolérance simple. Il y a même répétition des mêmes accidents à chaque ingestion du même aliment.

« Les commémoratifs seuls pourraient trancher la question ; il n'y a anaphylaxie que si la première ingestion n'a déterminé que des accidents minimes ou nuls. Mais il est exceptionnel qu'on ait pu observer les malades dès la naissance. De plus, il est toute une sér'e de faits intermédiaires : chez un malade de Gelpke, par exemple, l'anaphylaxie — ou l'intolérance — était héréditaire ; chez le malade de Landmann, les accidents se manifestaient dès le premier œuf mais ils ont augmenté progressivement. De telle sorte qu'on sait mal si certains de ces faits d'idiosyncrasie doivent être classés ou non parmi les manifestations anaphylactiques. »

Le traitement consiste dans l'application des stimulants généraux (huile camphrée, éther, caféine, adrénaline), (frictions générales énergiques) et des contrepoisons gastriques les plus efficaces, (lavages alcalins, charbon de peuplier benzonaphtol, magnésie). Bien entendu, la thérapeutique la plus logique sera la suppression prolongée et même définitive des aliments incriminés.

IV

Nouveautés thérapeutiques en dermatologie

Nous empruntons à une Revue de MM. Milian et Burnier publiée par le *Paris Médical*, nº 14, les plus récentes acquisitions de la thérapeutique dermatologique :

A l'usage interne de l'arsenic (psoriasis, lichen, eczéma), Sachs a ajouté récemment l'emploi de l'*urotropine*, qui, on le sait, se dédouble dans les humeurs et jouit de propriétés bactéricides indéniables.

« La vaccinothérapie et l'autosérothérapie sont employées avec succès dans le traitement des staphylococcies et des streptococcies cutanées (furonculose, acné, sycosis).

« Une sorte de vaccinothérapie a été tentée par Holobut et Lenartowicz, dans la cure du pemphigus. Bien qu'ignorant le microbe causal de l'affection, ils injectèrent à deux malades le contenu de leurs bulles ; le liquide, conservé dans des tubes stériles était porté au bain-marie à 56º pendant une demi-heure ; on vérifiait sa stérilité et on le gardait à la glacière après addition de 0.50 p. 100 d'acide phénique. Les deux malades, dont le pemphigus avait résisté aux injections intraveineuses de quinine (méthode de Lesczysnki), furent rapidement guéris par les injections sous-cutanées de ce vaccin.

« La tuberculinothérapie a donné des succès dans certaines dermatoses tuberculeuses (tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré de Bazin).

« Dans le lupus vulgaire, la tuberculinothérapie est souvent suivie d'une amélioration notable, mais à elle seule elle amène très rarement la guérison. L'association de la tuberculine au salvarsan (méthode de Herxheimer-Altmann) a donné les meilleurs résultats dans le lupus ulcéré dont elle amène rapidement la cicatrisation (Bernhard). D'autre part, Ravaut a montré que le néo-salvarsan a une action très efficace sur certaines formes de tuberculides (tuberculides papulo-nécrotiques, érythème induré, angiolupoïde, lupus érythémateux, sarcoïde) ; l'action est moins nette dans le *lichen scrofulosorum*.

« Bruck et Gluck ont décrit une nouvelle méthode de traitement du lupus et de la tuberculose cutanée. Ils ont fait chez l'adulte 12 injections intraveineuses de 0,02 à 0,03 de *cyanure d'or et de potassium* ; ils ont toujours constaté une résorption périphérique des zones infiltrées, la cicatrisation des surfaces ulcérées. Les résultats ont encore paru meilleurs dans le cas où on a ad-

ministré en même temps de la tuberculine. Cette méthode a déjà été suivie par plusieurs auteurs (Heubner, Walter, Pasini, etc.) qui en ont confirmé les bons effets cicatrisants, MENTBERGER, par contre, n'a obtenu aucun résultat. Les injections sont ordinairement bien tolérées, mais parfois il existe des phénomènes d'intolérance et d'intoxication avec tendance à la syncope et au collapsus ; on a signalé un cas de mort (Henck).

« La sérothérapie, mise à la mode par Mayer et Linser, donne des résultats parfois remarquables dans certaines dermatoses. C'est d'abord chez la femme enceinte, atteinte de dermatose gravidique (*herpes gestationis*, prurit), que Linser injecta du sérum de femme enceinte normale. Dans des cas rebelles à tout traitement, il constata que la sérothérapie agissait efficacement sur les lésions cutanées, la fièvre, le prurit. Ce résultat est intimement lié à l'emploi de sérum gravidique, et l'injection de sérum de femme non gravide n'a pas le même effet. Comment interpréter ces faits ? En injectant un sérum d'un individu sain à un organisme malade, lui procure-t-on un élément qui lui faisait défaut, ou bien neutralise-t-on un poison formé dans l'organisme malade ? On ne peut préciser, mais les faits sont là.

« Linser a étendu la sérothérapie normale à d'autres dermatoses et a obtenu des résultats remarquables dans l'urticaire, les dermatoses infantiles, le strophulus, le prurigo ; de même, l'eczéma infantile est favorablement influencé ; mais il faut continuer le traitement externe, car le sérum ne suffit pas à lui seul à faire disparaître un eczéma.

« Dans le prurit des vieillards, limité ou généralisé, Linser a obtenu des succès remarquables. Heuck nota une améloration dans des cas où tous les modes thérapeutiques avaient été épuisés en vain.

« Le psoriasis, les eczémas aigus et chroniques de l'adulte ne sont pas influencés.

« La technique est très simple. Linser a constaté qu'il existe une différence essentielle entre le sérum d'individus normaux et de femmes enceintes normales et il n'emploie le sérum gravidique que chez les femmes enceintes et jamais chez les non gravides. Il semble y avoir une différence entre le sérum de l'homme et celui de la femme, et Linser n'injecte à une femme que du sérum féminin et vice-versa.

« Plus le sérum est frais, plus il est actif. Linser retire de la veine cubitale de sujets sains (aucune trace de tuberculose, Wassermann négatif) environ 50 centimètres cubes de sang directement dans un tube à centrifuger stérile, et le défibrine pendant cinq minutes, en l'agitant avec des perles de verre. Au bout d'une demi-heure de centrifugation, le sérum clair ou laiteux est aspiré avec une seringue et injecté dans les veines ou sous la peau (chez l'enfant) ; 10 à 20 centimètres cubes suffisent en général pour une injection, et Linser fait habituellement trois à cinq injections consécutives.

« Spiethoff montra qu'il n'était pas nécessaire de recourir à un sérum étranger et rapporta les bons résultats qu'il obtint dans le traitement de dermatites prurigineuses par la réinjection au malade de son propre sérum soigneusement décanté et conservé à la glacière d'une façon stérile.

« Ravaut simplifia la technique de cette autosérothérapie en injectant au malade directement son propre sang, et il obtint par cette *auto-hématothérapie* une amélioration de certains cas de lichen de Wilson, de psoriasis, de maladie de Dühring, d'acnés.

« La sérothérapie semble donner de meilleurs résultats que la *méthode de Bruck* ; on sait que cet auteur, estimant que certaines dermatoses étaient de nature toxique, conseilla dans ces cas de faire un lavage du sang, c'est-à-dire une saignée suivie d'une injection de sérum artificiel. Henck employa cette méthode dans 23 cas de névrodermites, de psoriasis, de pemphigus, de dermatite de Dühring, d'urticaire sans aucun résultat favorable, même passager. »

Rappelons ici que dans une précédente Revue de physiothérapie, nous avons signalé les heureux effets obtenus par l'emploi des rayons X, du radium, de l'héliothérapie, de l'air chaud, et par l'acide carbonique neigeux.

« La neige carbonique continue à donner d'excellents résultats dans le traitement du lupus vulgaire, des chéloïdes, des nævi angiomateux et pigmentaires, de certains cas d'épithéliomas cutanés, des verrues vulgaires de la main et des papillomes du cuir chevelu. Mais c'est le lupus érythémateux, surtout, qui est favorablement influencé par la neige carbonique. Par sa simplicité, son efficacité, sa rapidité, cette méthode est susceptible, dans les cas de lupus érythémateux, de concurrencer la Finsenthérapie.

« Aussi, à l'Institut Finsen, de Copenhague, Haslund a provisoirement abandonné la photothérapie du lupus érythémateux pour employer exclusivement la congélation par la neige carbonique. »

Ajoutons à ces acquisitions thérapeutiques, le nouveau traitement de la gale préconisé par le Prof. EHLERS, de Copenhague.

« On prépare une solution de foie de soufre à 33 1/3 p.100 en dissolvant dans une solution d'hydrate de potasse à 50 p. 100 (2 parties), à une douce chaleur, du soufre sublimé du commerce (1 partie).

« Vu le fort dégagement de chaleur qui accompagne cette opération, il faut, en la pratiquant, s'entourer des précautions nécessaires.

« On filtre ensuite la solution et on obtient de la

sorte une solution de pentasulfure de potassium d'un beau jaune orangé.

C'est avec ce produit que se prépare le nouvel :

Onguent au foie de soufre (teneur en soufre)........... 12,5 p. 100

d'après la formule suivante :

Vaseline blonde...........	ãã 225 grammes
Lanoline anhydrique.......	

sont intimement mêlées à basse température. On y ajoute, petit à petit, la solution de foie de soufre à 33 1/3 p. 100... 375 grammes.

« Puis, on y incorpore un peu d'hydroxyde de zinc préparé d'avance, en délayant : 28 grammes de sulfate de zinc dans 40 grammes d'une solution (20 p. 100) d'hydrate de soude (afin de fixer autant que possible l'hydrogène sulfuré, et 5 grammes de benzaldéhyde et paraffine liquide jusqu'à 1.000 grammes.

Cet onguent est très commode pour les frictions et disparaît étonnamment bien au lavage.

« Les expériences ont duré de novembre 1911 à mars 1912. Dans la totalité des cas, la cure a donné le résultat désiré. Les acares étaient promptement détruits, ce dont, la plupart du temps, il était aisé de se convaincre, les sillons étant rendus vésicants par le traitement et s'élargissant (peut-être par le dégagement d'hydrogène sulfuré au contact de l'acide sudoral et des sécrétions des sillons). Ce phénomène est très frappant et l'on peut aisément extraire les acares morts et les examiner au microscope.

« Jusqu'en janvier 1914, il n'est parvenu à la connaissance du service aucun cas de rechute après traitement de la gale par ce procédé. La cure n'a donné lieu à aucun symptôme proprement dit d'empoisonnement, non plus d'ailleurs que les autres cures au soufre.

« On n'a jamais observé d'albuminurie.

« *La méthode est applicable à bon marché, la cure très certaine et efficace.* Son unique inconvénient est l'hydrogène sulfuré, cause d'un malaise accompagné de nausées et de vertige, qui affecte quelques malades et provient de l'influence de l'acide carbonique de l'air.

« Là où il s'agit d'une cure rapide, à bon marché et agissant à coup sûr, qu'on désire opérer séance tenante sans hospitalisation, on peut sans hésiter recommander cette méthode, spécialement dans les hôpitaux de province qui manquent de place.

« Voici, en somme, le procédé :

« Le malade prend, durant vingt minutes, un bain de propreté au savon neutre (non pas au savon vert). Puis on le frotte ou l'enduit d'onguent pendant une demi-heure ; le soufre en dissolution pénètre dans les sillons et tue tous les acares.

« On saupoudre la peau et le malade se rhabille.

« Vingt-quatre heures après la fin de la cure, nouveau bain de propreté et ensuite :

« Linge et vêtements propres.

« Inutile de désinfecter les vêtements.

« Cette nouvelle cure est aussi infaillible dans ses effets qu'inoffensive dans son emploi, comme toutes les autres cures de la gale à l'aide du soufre seul ».

Il est vraisemblable que les nouveaux colloïdes de soufre (thionhydrol, azufrol, etc.), découverts depuis peu, amélioreront encore la thérapeutique locale de la gale.

V

Le Diabète.

La pathogénie et le traitement du diabète ont été particulièrement étudiés cette année. M. Linossier, de Vichy, a fait dans le *Paris médical* une Revue fort complète de ces travaux.

Nous nous bornerons à citer ses conclusions en ce qui concerne la pathogénie de l'hyperglycémie (diabète sucré).

« L'orthoglycémie, c'est-à-dire le maintien dans le sang d'une proportion de sucre adéquate au fonctionnement normal de l'organisme résulte de l'équilibre entre un certain nombre de fonctions élémentaires.

« 1° Fixation du sucre à l'état de glycogène : *fonction glycogénique*, localisée dans le foie pour le sucre alimentaire ; plus ou moins apparente dans les diverses cellules de l'organisme, plus nettement dans les cellules musculaires, pour le sucre du sang

« 2° Hydrolyse du glycogène avec formation de glucose : *fonction glycogénolytique*, localisée partout où existe du glycogène, de beaucoup plus active dans le foie.

« 3° Destruction du glucose : *fonction glycolytique*, commune à toutes les cellules de l'organisme.

« 4° *Fonction régulatrice du rein*, se traduisant à l'état normal par une imperméabilité absolue jusqu'à un seuil déterminé de la glycémie, avec des modifications pathologiques de ce seuil.

« L'équilibre entre ces diverses fonctions est conditionné par le jeu complexe d'un certain nombre d'organes à sécrétion interne, qui ont la propriété d'exciter ou d'inhiber ces quatre fonctions élémentaires. La liste de ces organes n'est pas close, et leur action est encore obscure. On peut cependant admettre que :

« Le pancréas modère la glycogénolyse hépatique, excite la glycolyse, augmente l'imperméabilité rénale ;

« Les surrénales excitent la fonction glycogénolytique, réduisent la glycolyse, augmentent l'imperméabilité rénale pour le sucre ;

« L'hypophyse, le système thyroïdo-parathyroïdien semblent agir dans le même sens que

les surrénales sur la glycogénolyse et sur la glycolyse. En ce qui concerne ce dernier, il est à noter que son action est la résultante des deux actions antagonistes des thyroïdes et des parathyroïdes, les premières, au point de vue de la glycolyse, agissant synergiquement avec le pancréas pour la restreindre.

« Les travaux de l'avenir préciseront les détails de l'action de chaque organe sur les fonctions d'assimilation du sucre, et élargiront la liste de ces organes. Il semble déjà que la glande pinéale doive prendre place parmi eux.

« L'action de ces organes est assurée en premier lieu par leurs sécrétions internes, leurs hormones.

« Ces sécrétions peuvent agir directement sur les cellules intéressées dans le métabolisme hydrocarboné, et en particulier sur celles du foie indépendamment les unes des autres, et l'équilibre glycémique est la résultante de ces actions élémentaires, les unes excitantes, les autres frénatrices.

« Elles peuvent théoriquement agir les unes sur les autres en s'annihilant réciproquement, mais il ne semble pas qu'il en soit ainsi. Tout au moins peut-on l'affirmer en ce qui concerne les sécrétions surrénale et pancréatique. »

Le diabète sucré est la résultante de multiples altérations de fonctionnement d'organes que de nombreux excès et une hygiène défectueuse ont longtemps surmenés.

Le traitement du diabète a subi bien des variations et des oscillations explicables par l'ignorance où l'on est resté pendant longtemps de la chimie physiologique de la nutrition et de l'assimilation.

On s'est d'abord borné à l'interdiction du sucre et des hydrates de carbone en général, l'influence de la ration albuminoïde étant considérée comme à peu près négligeable (M. Labbé). Telle n'est pas l'opinion moderne.

« Actuellement, le traitement du diabète ne se résume plus dans la terreur de l'amidon, et l'indifférence bienveillante à l'égard de l'albumine. La mode est même actuellement aux cures d'hydrates de carbone, dans lesquelles on tolère aux malades une dose assez élevée de féculents, *en leur interdisant absolument la viande.* Il est remarquable que le succès ne s'observe qu'à cette condition.

« Marcel Labbé, lui-même, vient d'ajouter à la liste déjà longue de ses cures (cures d'avoine, de riz, de froment, de pommes de terre, etc.) la cure de légumes secs : le malade prendra, en vingt-quatre heures, 300 grammes de légumes secs (haricots, pois, lentilles, féves), additionnés de 150 grammes de beurre, de trois à six œufs, et de pain d'aleurone. A ce menu, on peut joindre des légumes verts et du vin de Bordeaux.

« Les avantages de ce régime sur les régimes similaires sont : moins de monotonie pour le malade, une tolérance généralement parfaite de l'estomac, une restriction de l'acidité urinaire plus accentuée qu'avec les céréales. Enfin, d'après Marcel Labbé, l'amidon des légumineuses est mieux toléré que d'autres amidons par les diabétiques.

« Au point de vue clinique, l'indication du traitement est, comme pour toutes les cures d'hydrates de carbone, surtout la menace de coma : sous son influence, la glycosurie peut diminuer, et même disparaître ; elle n'est, en tout cas, pas plus forte qu'avec d'autres régimes beaucoup plus pauvres en hydrates de carbone ; l'acidose et l'acétonurie s'atténuent.

« Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la nature des hydrocarbonés à permettre aux diabétiques.

« Rosenfeld, Gondberg penchent pour l'inuline et la lévulose ; Weiland préfère la farine d'avoine, à laquelle Jastrowitz n'accorde aucune supériorité ; Blum donne de la farine de froment, etc. Mais tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité de supprimer la viande, et l'utilité de couper une fois par semaine le régime par un jour de légumes avec beurre.

« Voici, comme exemple, l'alimentation quotidienne indiquée par Blum pour un diabète moyen : 50 à 75 grammes de farine de froment, sous forme de soupe au beurre ; légumes verts à volonté ; 75 à 100 grammes de lard ; 4 à 5 œufs ou 500 grammes d'albuminê végétale ; 100 grammes de beurre.

« Pour en finir avec l'utilisation des hydrocarbonés, signalons les publications de Luthje, puis de Lang, sur le traitement du diabète par les lavements sucrés. Arnheim a fait le premier la remarque que le glucose introduit dans le rectum des diabétiques est mieux utilisé que par la voie buccale. Partant de cette observation, Luthje a imaginé de donner aux diabétiques des lavements très lents (goutte à goutte) d'une solution de glucose à 5,4 p. 100. c'est-à-dire isotonique. On peut en faire pénétrer quotidiennement un à deux litres, sans augmentation et parfois en faisant diminuer la glycosurie C'est au moment des menaces de coma que les lavements sucrés seront plus particulièrement indiqués. Sous leur influence, l'acétonémie peut diminuer d'une manière remarquable.

« Le traitement du coma diabétique est toujours fort aléatoire ; toutefois, il faut essayer l'injection intra-veineuse de 500 grammes d'une solution à 5 pour 100 de bicarbonate de soude et l'ingestion de doses massives de bicarbonate de soude (150 à 200 gr. en 24 heures).

« En terminant, nous signalerons, d'après Richards, que le sang des diabétiques en état d'acidose donne d'une manière très nette la réaction de Wassermann, dans des cas où toutes

raisons de porter le diagnostic de syphilis semblait pouvoir être écartés. D'ailleurs, la réaction ne disparait pas par le traitement antisyphilitique. Il est important de connaître de tels faits, qui pourraient conduire à des interprétations étiologiques et à une thérapeutique erronées. A noter que la réaction de Wassermann ne s'observe ni dans le diabète sans acidose, ni dans l'acétonurie non diabétique. »

Dr Paul HUGUENIN.

NOUVEAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

Les nouvelles indications de l'émétine.

S'il existe un cycle véritable, que parcourent certains médicaments, certaines méthodes, pour ce qui est de la faveur intermittente que leur accordent les thérapeutes, on doit à la vérité de remarquer que parfois, heureusement, les moyens vétustes reviennent en honneur avec la parure d'un renouveau perfectionné ; le principe thérapeutique reste le même, mais la forme a subi l'influence bienfaisante des progrès scientifiques.

De l'ipéca, nos pères, qui savaient à la perfection en manier les doses et le procédé, obtinrent des merveilles ; puis avec l'afflux de nouveautés thérapeutiques que nous amenèrent les progrès de la chimie, l'ipéca devint désuet ; il tomba dans l'oubli, et il ne fut plus employé que par les vieux praticiens, qui osaient encore le prescrire à leurs malades — pourtant avides de mode,même en thérapeutique — car ils en connaissaient les précieux effets.

Cependant de l'ipécacuanha du Brésil, Pelletier et Magendie avaient extrait l'émétine, son alcaloïde, beaucoup plus actif à dose infiniment moindre, et, voici quelques mois, Rogers (de Calcutta), guidé évidemment par l'exemple du quinquina et de la quinine dans le traitement du paludisme, eut l'idée de substituer à l'ipéca son principe actif, l'émétine, dans le traitement de la dysenterie. Son exemple fut suivi avec succès, et de plus on essaya l'émétine dans tous les cas où l'ipéca avait jadis donné les meilleurs résultats : hémoptysies, bronchites bronchiques, etc. Aujourd'hui, l'émétine gagne la faveur des praticiens; elle entre même dans la médication hypodermique d'urgence.

Mais, comme jamais il ne faut adopter une méthode sans la connaître dans ses détails, il sera bon de rapporter par le menu quelques observations qui permettent de se faire une opinion.

***

De 100 grammes d'ipéca, on retire 1 gr. 45 d'émétine. C'est une poudre blanche, jaunissant à l'air, de saveur âcre, légèrement amère, soluble dans l'alcool et l'éther, très peu soluble dans l'eau froide, soluble davantage dans l'eau chaude. L'émétine cristallise ; sa réaction est alcaline. Elle est assez toxique, puisque 0 gr. 25 tuent un lapin. Son action paraît assez obscure (nous y reviendrons plus loin), car le principe hypotenseur et vomitif de l'ipéca paraît être surtout dans la céphœline découverte par Paul et Cownley, dont 100 gr. d'ipéca contiendraient 0 gr. 52 ainsi que la psychotrine, qui n'existe qu'au taux de 0,04 pour 100. On a peu recours à l'émétine en nature, on emploie presqu'uniquement les sels d'émétine, le bromhydrate, et surtout le chlorhydrate, le plus soluble de ces sels.

***

La dysenterie amibienne et l'abcès dysentérique du foie.

L'émétine semble exercer sur les amibes dysentériques une action spécifique : ces parasites sont tués instantanément par une solution au 10.000e, et en quelques minutes par une solution au 100.000e.

Rogers (1), en substituant l'émétine à l'ipéca administré suivant la méthode brésilienne, emploie cet alcaloïde par la voie hypodermique, ce qui renforce son action. Il l'a utilisé avec succès dans des cas, qui dataient de plusieurs mois, de plus d'un an même, dans des cas qui avaient résisté à l'action de l'ipéca.

I. — Chez l'adulte, dans les formes sévères de *dysenterie amibienne intestinale*, Rogers injecte d'abord, deux fois par jour, pendant deux jours, 0,35 milligrammes en moyenne de chlorhydrate d'émétine, dissous dans 1 cmc. d'eau ; il fait ensuite une seule injection quotidienne pendant un jour ou deux. Dans les formes graves, il porte à 0,05 centigr. la dose de chaque injection.

Voici un tableau emprunté à Rogers, qui permet de comparer l'efficacité de l'ipéca à celle de l'émétine.

	Nombre de cas traités par l'ipéca	Par l'émétine
Morts de dysenterie dans les trois jours de l'admission	4	2
Morts de dysenterie plus de trois jours jours après l'admission	7	0
Malades sortis dans un état très grave	2	0
Malades sortis non guéris	4	0
Guérisons	13	20
Moyenne des journées d'hôpital dans les cas guéris	16,4	7,2

(1) *The Lancet*, 19 oct. 1912. *Therap. Gaz.*, 16 décembre 1912.

Moyenne des journées d'hôpital jusqu'au retour des selles à l'état normal	11,4	2,35
Quantité moyenne du médicament employé à cette date	20 gr.30	0 gr.10

Rogers a revu un certain nombre de ses malades plusieurs semaines après leur sortie ; ils étaient bien portants. Il n'a jamais observé de véritable rechute. A noter que les rares sujets ayant succombé malgré le traitement ne présentaient plus d'amibes ni dans l'intestin, ni dans le foie (un cas d'abcès).

II. — Dans l'*hépatite amibienne*, l'émétine se montre également efficace. Des doses de 0,025 milligr. de chlorhydrate injectées sous la peau une ou deux fois par jour calment très rapidement la douleur et coupent la fièvre. Quand la suppuration ne s'est pas encore produite, la leucocytose disparaît rapidement, et le malade est convalescent. Si, néanmoins, il se forme un abcès, on l'évacue par aspiration, puis, avant de retirer la canule, on injecte dans sa cavité 0.05 centigr. de chlorhydrate d'émétine dissous dans 30 grammes d'eau. Il est bon de continuer les injections hypodermiques pendant quelques jours pour tuer toutes les amibes. Sans infection secondaire, l'abcès du foie tarit ordinairement sans incision, ni drainage. Quand l'abcès est volumineux, l'aspiration peut être répétée. Chez un malade de Rogers on évacue, à dix jours d'intervalle, près de deux litres et demi, puis plus d'un litre 1/4 de plus ; guérison.

Chauffard a rapporté à l'Académie de médecine (25 février 1913) le résultat remarquable obtenu par cette méthode pour un grand abcès dysentérique du foie, ouvert dans les bronches depuis cinq mois.

Au moment où le traitement est mis en œuvre, le malade crache toujours un verre de pus sanglant par jour. On lui fait en 5 jours, six injections sous-cutanées, chacune de 0,04 centigr. de chlorhydrate d'émétine, injections très bien supportées, à peine douloureuses, et non suivies d'état nauséeux ni d'abaissement de la tension artérielle. Dès le second jour, le malade se sent nettement amélioré. L'expectoration perd rapidement son caractère hémorragique et se trouve tarie le 6e jour ; la température, qui oscillait entre 37° et 38°, tombe dès le second jour définitivement au-dessous de 37° ; une ulcération rectale précédemment constatée se cicatrise complètement. Le malade reprend très vite ses forces et sa bonne mine. La radiographie montre que l'ombre hépato-pulmonaire anormale a disparu ; il ne persiste plus qu'une certaine leucocytose ».

Voici encore une deuxième observation de Chauffard (1) :

Un malade est atteint d'un grand abcès du foie plusieurs mois après une diarrhée aiguë sans caractère bien spécial. Une incision évacue un litre de pus stérile, contenant de nombreuses amibes. A la suite de cette intervention, la fièvre tombe, mais il se fait par le drain un écoulement pyo-hémorrhagique, très abondant. Cinq jours après l'opération, on injecte sous la peau 0,04 centigr. d'émétine ; le lendemain, on injecte dans la cavité de l'abcès une solution de 0,08 centigr. d'émétine dans 40 cm. d'eau. Enfin, les deux jours suivants, nouvelle injection sous-cutanée de 0,04. Dès la première injection, le pus est moins hémorrhagique ; après la 3e, il ne contient plus de sang et devient beaucoup moins abondant ; quatre jours après la dernière, il est tari, et la température est normale. »

L'histoire de la malade de Flandin et Dumas (1) mérite d'être rapportée en détails, car elle prouve l'efficacité de l'émétine dans les cas invétérés.

Une femme est atteinte depuis mai 1910 de dysenrie amibienne avec abcès du foie ouvert dans les bronches le 31 décembre 1910. Jusqu'en juillet 1912, celle-ci continue à cracher du pus, ce qui la fait considérer comme tuberculeuse. L'incision de l'abcès et l'évacuation du pus, suivie de drainage, donnent des résultats immédiats remarquables et le 1er octobre la malade parait guérie. Mais, un mois plus tard, elle crache de nouveau du pus. L'ouverture opératoire d'une nouvelle collection purulente ne donne qu'un résultat passager ; la toux, l'expectoration purulente et sanglante, la fièvre persistent. On pratique alors du 27 au 30 décembre, quatre injections (deux de 0,008 centigr. puis deux de 0,06 centigr). de chlorh. d'émétine. Dès le 30 décembre, la température vespérale tombe à 37°6 ; le pus issu des drains est moins abondant ; les crachats perdent leur caractère sanglant et bientôt se tarissent. L'amélioration s'accentue pendant la première quinzaine de janvier. Cependant vers la fin du mois, la température était remontée à 38° ; et le pus de la plaie était redevenu brun ; on fait une série de quatre injections de chlorh. d'émétine à 0.08. L'amélioration est aussi rapide que la première fois, et, un mois plus tard, la malade paraît complètement guérie. Elle reprend ses occupations normales. La radiographie de la base droite donne une image normale.

Un malade de Dopter, atteint depuis plusieurs mois de dysenterie amibienne, présentait une vingtaine de selles par jour. Au bout de 5 jours, grâce à des injections d'émétine (0,02 à 006 centigr) il n'a plus qu'une selle quotidienne normale, et il peut être considéré comme guéri.

Un soldat, rapatrié d'Indo-Chine, entre au Val-de-Grâce pour un abcès du foie dont les premiers symptômes sont apparus en octobre 1912. L'état est si grave qu'une intervention rapide est indispensable (pus riche en amibes). Le même jour, on commence sous la peau de la cuisse des injections quoti-

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 14 mars 1913.

(1) *Ibid.*, 7 mars 1913.

diennes à 0,04 centigr. de chlorh, d'émétine. Au bout d'une semaine environ le pansement n'est plus souillé, et l'état général s'améliore rapidement (JACOB, *Soc. méd. hôp.* 4 avril 1913).

Dans trois cas de dysenterie amibienne, DOPTER a employé le traitement par l'émétine à l'exclusion du tout autre ; la maladie datait de 6 mois à plus de deux ans ; quelques injections (cinq à sept), ont suffi pour amener la guérison complète. Le lendemain de la première injection les amibes avaient perdu leur mobilité, et se montraient sous une forme sphérique, vacuolaire.

ROUGET (1) rapporte deux cas très impressionnants de guérison rapide grâce à l'émétine. Le premier a trait à un sujet ayant contracté la dysenterie à Paris ; lorsque cette affection fut reconnue l'auteur institua le traitement par l'émétine ; en quatre jours, les selles sanglantes et fréquentes (13 par jour) redevinrent normales comme fréquence et comme aspect. Le deuxième cas concerne un officier de l'armée coloniale, atteint de dysenterie très ancienne ; depuis dix ans cet officier n'avait pas eu une selle moulée ; le traitement par l'émétine permet d'obtenir une guérison rapide.

Une autre observation de CHAUFFARD (2) concerne un homme de 28 ans, atteint d'une dysenterie qui remontait à l'enfance et avait présenté plusieurs rechutes. Le Kho-sam, la teinture de Simarouba, n'avaient donné qu'un résultat passager, et le malade, très amaigri, avait une diarrhée continuelle, souvent glaireuse et hémorragique, on lui injecta, en huit jours, 0,32 centigr, de chlorhydrate d'émétine. Dès le second jour, les selles furent moins nombreuses ; elles avaient perdu leur caractère hémorragique ; à partir du 6e jour, elles étaient normales. Les amibes avaient complètement disparu.

Enfin DUFOUR et THIERS ont traité un malade atteint d'une dysenterie amibienne datant de plus d'un an et évoluant par crises, se répétant tous les deux ou trois mois. Celui-ci reçut en 8 jours 0,30 centigr. de chlorhydrate d'émétine par la voie sous-cutanée : pendant chacun des deux jours suivants, 0,12 centigr. de la même substance en lavement ; enfin, une dernière injection sous-cutanée de 0,08. Sous l'influence de ce traitement les selles tombèrent de 16 à 2 ; cependant on y trouvait encore quelques amibes.

Il semble donc que nous disposions dans la lutte contre l'amibe dysentérique (localisation intestinale ou hépatique) d'une arme très puissante, grâce à la méthode de Rogers. Cependant celle-ci est encore trop récente pour qu'elle n'impose pas quelques réserves dans nos conclusions. Les guérisons sont-elles définitives ? L'émétine peut-elle agir sur un abcès hépatique non accessible à l'intervention ? L'avenir seul

(1) *Soc. méd. des hôp.*, 4 avril 1913.
(2) *Soc. méd. des hôp.*, 11 avril 1913.

nous fixera définitivement sur ces questions ; mais, dès maintenant, nous devons espérer que l'émétine sera capable de nous rendre d'immenses services dans les affections amibiennes.

Les hémoptysies.

Ch. Flandin, connaissant par ces observations l'action antihémorragique de l'émétine qui amène la disparition presqu'immédiate du caractère sanglant des selles ou du pus amibien, se rappelant d'autre part la vieille thérapeutique des hémoptysies par l'ipéca, eut l'idée de traiter les hémoptysies par l'émétine ; le succès fut complet.

Il employa les mêmes ampoules hypodermiques que celles de la dysenterie amibienne, c'est-à-dire une solution contenant 0,04 centigr. de chlorhydrate d'émétine pour 1 cm. d'eau distillée stérile.

Sa technique est des plus simples : il injecte sous la peau du flanc ou de la cuisse 1 cm. c'est-à-dire 0,04 centigr. de chlorhydrate d'émétine. Certains malades, particulièrement sensibles, accusent une sensation de cuisson qui dure quelques heures ; la plupart ne ressentent aucune douleur. Jamais l'auteur n'a observé de réaction au point d'inoculation : ni rougeur, ni empâtement ; la résorption est extrêmement rapide. Les injections intra-musculaires paraîtraient légèrement douloureuses.

Le résultat de l'injection est surprenant : alors même que le malade est en pleine hémoptysie et rejette à flots du sang rouge, le saignement s'arrête. Aucune sensation désagréable n'accompagne cet arrêt de l'hémorragie : ni angoisse, ni malaise, ni dyspnée, ni palpitation, ni vertige, ni nausée. « Le malade, qui s'était assis ou tourné sur le côté et vomissait le sang au milieu d'efforts de toux, se couche et respire librement. Dans quelques cas, on ne voit plus trace de sang dans le crachoir ; le plus souvent, pendant quelques heures (48 h. au plus), on trouve, dans le crachoir, de petits crachats noirâtres représentant, sans doute, l'expulsion du sang épanché dans les bronches : enfin, dans les cas graves, l'hémoptysie se reproduit au bout d'un temps plus ou moins long ». (1). Aussi Flandin a-t-il pris l'habitude de maintenir le malade sous l'influence de l'émétine ; il fait une première injection au moment de l'hémoptysie ; une deuxième douze heures après, une troisième le lendemain, et, s'il y a lieu, une quatrième, ou une cinquième les deux jours suivants. Sauf dans un cas de tuberculose aiguë, il a toujours obtenu l'arrêt définitif des hémoptysies. En pareil cas, l'*émétine doit donc être rangée parmi les médicaments d'urgence.*

Flandin a pu, en effet, réunir une vingtaine

(1) Flandin. — *La Presse Médicale*, 24 septembre 1913.

d'observations d'hémoptysies arrêtées par l'émétine. Plusieurs d'entr'elles sont particulièrement démonstratives, parce que d'autres traitements réputés actifs avaient été essayés sans succès avant l'administration de l'émétine, qui arrêta immédiatement l'hémorragie.

OBSERVATIONS I. — Jeune homme, tuberculeux au début, vomissant le sang depuis quatre jours malgré tous les traitements classiques. Une seule injection de 0,04 cent. de chlorhydrate d'émétine arrête définitivement l'hémoptysie (FLANDIN et JOLTRAIN)

II. Dans six cas de tuberculose à diverses périodes, l'arrêt de l'hémoptysie a été immédiat et définitif (FLANDIN).

III. Dans un cas de tuberculose, à marche rapide et extensive, malgré une injection d'émétine, la reprise des hémoptysies s'est faite au bout de quelques heures ; mais chaque nouvelle hémoptysie a été enrayée par une injection d'émétine (FLANDIN).

IV. Chez un tuberculeux à la première période, l'hémoptysie céda définitivement dans l'heure qui suivit l'injection de 0,04 d'émétine (LESNÉ).

V. L'hémoptysie, chez un tuberculeux cavitaire, se reproduisit après l'injection d'émétine (LESNÉ).

VI. Dans plusieurs cas, d'hémoptysie RÉNON a obtenu de bons résultats par l'émétine, l'arrêt de l'hémoptysie s'est produit dans un temps variant de une à trois heures.

VII. LÉON BERNARD et PARAF ont traité plusieurs malades par l'*injection intraveineuse* de 1 cc. d'une solution de chlorhydrate d'émétine à 5 p. 100. Dans un cas d'hémoptysie foudroyante, il n'y eut aucun résultat, malgré deux injections d'émétine et une injection de pituitrine. Dans 4 autres cas, l'hémoptysie fut arrêtée. L'un de ces malades avait été traité sans succès par la pituitrine.

VIII. Trois tuberculeux, dont un à la 3e période, et deux à la 2e période, ont été traités par l'injection de 0.02 cent. de chlorhydrate d'émétine ; l'hémoptysie a cessé le jour même et ne s'est pas reproduite (JOSUÉ et BELLOIR).

La pneumonie et la broncho-pneumonie.

RÉNON a utilisé récemment le chlorhydrate d'émétine dans sept cas de pneumonie, et dans huit cas de broncho-pneumonie grave chez des sujets âgés, à la dose de 0,02 cent. matin et soir, en injections. Le traitement a été très bien toléré, sans amener ni nausées, ni vomissements, ni trouble de la diurèse. Comme son efficacité paraît plus grande que celle de l'ancienne thérapeutique par l'ipéca, celui-ci paraît applicable aux cas graves des inflammations pulmonaires.

C'est dans la broncho-pneumonie que l'ac-

tion de l'émétine a été la plus nette ; elle semble avoir produit une amélioration appréciable des symptômes avec une augmentation de l'expectoration.

L'effet du traitement est plus difficile à apprécier dans la pneumonie : 6 malades ont guéri sur 7, sans que la durée de l'affection ait été abrégée chez aucun d'eux.

Les bronchites aiguës et chroniques.

Comme pour les précédentes affections, l'idée de traiter les inflammations bronchiques par l'émétine dérive de l'usage ancien de l'ipéca.

Cette médication paraît surtout indiquée dans la bronchite chronique, à toutes ses périodes : néanmoins F. Ramond et J. Durand en ont obtenu des résultats souvent satisfaisants dans le traitement des bronchites aiguës comme dans celui des bronchites chroniques. Ils injectent des doses de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 de sulfate d'émétine pendant cinq à six jours. La région favorable est la fesse ou la partie externe de la cuisse ; l'infection peut être sous-cutanée ou intra-musculaire. La douleur et la réaction locales sont souvent presque nulles. La méthode, d'ailleurs, a toujours paru inoffensive et sans contre-indication ; elle est parfaitement supportée par les vieillards.

Ramond cite 12 observations, deux de bronchite aiguë et dix de bronchite chronique, où il a eu recours aux injections d'émétine, avec des résultats quelquefois peu appréciables, d'autres fois réellement favorables.

***

On n'est pas pas parvenu à déterminer exactement par quel mécanisme agissait l'émétine.

Lorsque Trousseau et Peter donnaient l'ipéca à dose nauséeuse, Hayem et Dujardin-Beaumetz à dose vomitive, c'était pour abaisser la pression artérielle ; ils pensaient que c'était là le mode d'action de l'ipéca. Or, l'émétine n'agit certainement pas sur la tension artérielle. Flandin (1), en effet, a soigneusement pris chez des tuberculeux hémoptoïques la pression artérielle maxima et minima, avant et après chaque injection d'émétine, sans trouver d'écart appréciable. Léon Bernard et Paraf ont pu de leur côté faire les mêmes constatations. Ces auteurs n'ont pas trouvé davantage que l'ipéca agissait sur la coagulation sanguine. Ils n'ont pas vu de modifications dans le nombre des globules rouges, des globules blancs ou des plaquettes.

Dr Fischer.

(1) *La Presse Médicale*, 24 septembre 1913.

Le Directeur-Gérant : Dr. GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. № 25 Dimanche 21 Juin 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

M. le Maire, camarade de ses électeurs. Son rôle en hygiène et en assistance.

« Entre les hommes chargés de contrôler à un titre quelconque les affaires publiques, une intimité s'établit. Ce n'est ni de la sympathie, ni de la confiance ; c'est proprement de la camaraderie, quelque chose en somme d'intermédiaire entre l'esprit de corps et la complicité. » Tel est admirablement défini le mal dont souffre ce pays dans la *République des camarades* de M. Robert de Jouvenel, cette si mordante et si exacte satire de nos institutions ou plutôt de notre manque d'institutions.

La camaraderie est la plaie du Parlement, la plaie du Gouvernement, la plaie de la Magistrature, l'ulcère qui ronge la Presse et le Pays tout entier. Ce mal s'étend du centre à la périphérie, il a envahi à la fois le Parlement et les Ministères, et jusqu'aux mairies des plus petites communes de France.

M. le maire n'est pas le sage et prudent administrateur de sa ville, il n'est pas le père, l'ami de ses concitoyens. L'amitié exige un sentiment de devoir réciproque ; si elle permet l'indulgence, elle commande la sincérité. M. le maire est avant tout et exclusivement le camarade de ses seuls électeurs ; entre eux, selon l'expression de M. de Jouvenel, une intimité s'établit, ce n'est ni la sympathie, ni l'estime, ni la confiance, c'est quelque chose d'intermédiaire entre l'esprit de corps et la complicité.

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'hygiène et d'assistance que M. le maire devient le camarade et le complice de ses électeurs .

Au Congrès des Praticiens, on a beaucoup souligné l'incompétence en hygiène de M. le maire. Ne parlons pas d'incompétence, cet obstacle ne vient qu'au second plan.

Qui de nous ne connaît une ville ou un village administré depuis vingt ou trente ans par un médecin, définitivement accroché à la mairie ?

Praticien instruit, on ne saurait le taxer d'incompétence professionnelle. Tour à tour, conseiller général, député ou sénateur, constamment réélu depuis vingt-cinq ans, on ne saurait lui reprocher d'ignorer les lois qu'il a votées, d'autant plus qu'il est intelligent et laborieux, d'aucuns le prétendent honnête et consciencieux. Mais il est avant tout le camarade de ses électeurs, nous allions répéter leur complice. C'est pour cela qu'en dépit de l'hygiène, les fumiers s'entassent dans les rues de la ville, que des troupeaux de porcs et de volailles se chargent, comme naguère les chiens errants à Constantinople, d'assurer le service de la voirie. Les électeurs à courte vue lui savent gré de cette bienveillante indulgence, ne se rendant pas compte de l'élévation de la morbidité et de la mortalité. Et M. le maire les remercie en prodiguant pour eux les bienfaits de l'assistance aux dépens de ses anciens confrères qui ont contribué jadis à sa fortune politique et qu'il fait mine d'oublier.

Pour rien au monde, nous ne voudrions généraliser et laisser croire que tous les maires de France, ni même tous les maires médecins réalisent ce type de « bon camarade de ses électeurs ». Mais nous sommes bien convaincus qu'il ne se trouvera pas un de nos lecteurs incapable de donner un nom à l'administrateur débonnaire dont nous venons d'esquisser à grands traits l'aimable indulgence et le complaisant caractère.

Dans un livre au titre bizarre qui ne correspond qu'assez vaguement à l'histoire vécue qu'elle conte avec talent et surtout avec une rare sincérité, Mlle Elisabeth Maugis (1) rapporte un épisode qui indique bien le rôle de M. le maire en matière d'hygiène et d'assistance.

Le fait s'est passé en Auvergne dans une ville que nous connaissons bien, et il date d'assez longtemps pour qu'on puisse le conter sans nuire à quiconque, les principaux acteurs de la scène étant pour la plupart disparus.

Une personne de réelle valeur qui se cache sous le pseudonyme d'Elisabeth Maugis, et qui avait fait ses preuves en dirigeant habilement à Paris un établissement hospitalier, fut mandée en Auvergne pour organiser l'hôpital-hospice d'une petite ville qu'on venait de laïciser. Le préfet et un médecin distingué qui dirigeait au chef-lieu une école d'infirmières nouvellement créée, s'intéressaient à cette tentative et désiraient, pour réorganiser l'hôpital, une personne d'élite, aux idées larges et généreuses, à la main souple et ferme, qui, une fois la besogne achevée, laisserait aux infirmières locales, bien dressées par elle, le soin de continuer l'application de ses principes.

Quelle déception à l'arrivée ! Dans l'hôpital régnait le plus grand désordre.

Les salles, les lits, étaient d'une malpropreté révoltante : «Les malades et les vieillards y vivaient dans un air sali, saturé par l'odeur si répugnante de crasse humaine, d'aliments rances, de vieilles pipes, d'urine, de tout ! »

« Anarchie complète, écrit Mlle E. Maugis, venue non seulement d'un relâchement dans le service des sœurs qui vivent depuis un an dans l'attente du coup qui les frappent aujourd'hui, mais aussi des fautes multiples de la municipalité, dont le chef accorde aux hospitalisés, — aux électeurs hospitalisés — des libertés extravagantes qui détruisent la discipline, l'ordre de l'ensemble de l'établissement et réduit à rien l'autorité de la directrice et de ses aides. »

La « laïque » fut accueillie avec hostilité et méfiance par les femmes hospitalisées, dévotes qui se croyaient menacées dans l'exercice de leurs pratiques religieuses ; elle fut acceptée avec enthousiasme par les citoyens électeurs hospitalisés qui comptaient que la disparition des sœurs élargirait encore les licences qu'avec la complicité de M. le maire, leur bon camarade ! il s'étaient eux-mêmes octroyées.

Mais quelle ne fut pas leur surprise. La « laïque » était libre-penseuse, mais sa librepensée comprenait le respect des convictions d'autrui. Les bonnes vieilles purent faire leurs dévotions comme par le passé et la porte de l'hôpital ni celle de la chapelle ne furent fermées aux membres du clergé.

Les citoyens électeurs hospitalisés rentrèrent ivres le soir de leur première sortie. Tumulte, injures, déjections dans les salles, rixes durant toute la nuit, selon l'habitude. La « laïque » ne toléra pas ce désordre. Elle y répondit en supprimant jusqu'à nouvel ordre les sorties et en diminuant les rations de vin.

L'effet fut stupéfiant chez les citoyens électeurs hospitalisés qui avaient déjà pris en grippe « la laïque » ; n'avait-elle pas la prétention d'exiger d'eux quelque propreté ? Ils regrettèrent la sœur supérieure qui, terrorisée par eux et M. le maire, tolérait tout et n'osait pas sévir.

Qu'était donc cette « laïque » qui permettait aux femmes leurs patenôtres et leurs chapelets,

(1) Elisabeth MAUGIS. — *Histoire laïque.* Eugène Figuière et Cie, édit. 7, rue Corneille, Paris. Prix : 3 fr. 50.

ouvrait les portes aux curés, et défendait aux hommes l'ivrognerie ? N'était-elle pas plus cléricale que les religieuses ?

Ils firent appel à leur bon camarade, à leur élu, M. le maire, qui bondit furieux à l'hôpital.

M. le maire voulut donner des ordres, il se heurta à une volonté de fer. « Pendant quelques instants, raconte Mlle E. Maugis, il a arpenté le vestibule, incapable de dire un mot, tant la colère lui tenait la gorge, enfin il a crié : « Alors, c'est ainsi que vous laïcisez ! Vous donnez des permissions de messe et vous empêchez de sortir des pauvres diables qui ne sont pas habitués à être traités comme des prisonniers, pour avoir bu un peu trop de vin ! »

La directrice partit sans répondre. L'intervention du Préfet, le tact et la douce mais ferme autorité de la « laïque » eurent raison de la révolte des citoyens électeurs hospitalisés, et obligèrent M. le maire, leur camarade, à ronger son frein. Cela ne l'empêcha pas de saisir toutes les occasions pour chercher noise à la directrice.

Le fait suivant prouve que la camaraderie du maire ne s'étendait pas au-delà de ses électeurs. Un jour, la directrice lui proposa de garder comme lingère à l'hôpital une jeune veuve, nouvellement accouchée, mère de trois enfants, dont le mari venait de mourir dans une récente épidémie de variole. On pouvait loger sans difficulté la petite famille dans une des nombreuses pièces inoccupées de l'hospice. Ceci paraissait tout naturel, ne grevant en rien le budget de l'établissement, mais la directrice détestée le réclamait et la veuve n'étant pas électeur, la camaraderie de M. le Maire ne pouvait s'étendre jusqu'à elle.

Le magistrat municipal fut déterrer le décret de Napoléon Ier, qui avait doté la ville d'un ancien couvent de franciscains pour y installer d'une part un hôpital, destiné à recueillir des malades adultes des deux sexes et des femmes en couches, de l'autre, un hospice pour des vieillards et des infirmes des deux sexes. Napoléon n'avait pas prévu d'enfants et M. le Maire malgré ses opinions avancées, avait trop de déférence pour la volonté de l'Empereur pour ne pas veiller au respect étroit de la lettre du décret.

Mlle Elisabeth Maugis finit par triompher de toutes les petites tracasseries municipales et laissa l'hôpital propre et bien organisé entre les mains d'infirmières locales, bien stylées, mais le récit de ses luttes est très intéressant à lire. Nous avons entendu raconter assez d'anecdotes sur ce maire qui, pendant un quart de siècle, régna sur les grenouilles d'une de nos mares les plus stagnantes, pour garantir l'authenticité du récit.

Aussi sommes-nous convaincus que trop souvent la réalisation des lois d'assistance et d'hygiène trouve son principal obstacle dans MM. les maires, camarades de leurs électeurs, et complices de l'inertie et de l'ignorance de ces derniers.

Aussi avons-nous applaudi, au Congrès des praticiens, M. Mirman qui, bien que fonctionnaire, ne manquait ni de courage ni de franchise, lorsqu'il signalait la nécessité de déposséder les maires de leurs fonctions en hygiène publique. Mais pour cela, il faudra que l'oligarchie, basée sur la camaraderie, qui nous opprime, devienne une vraie République et une saine Démocratie.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : M. le Professeur Gilbert.

Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Je vais vous présenter aujourd'hui un malade du service atteint de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Il s'agit là d'une affection peu fréquente. Autant sont communes les lésions orificielles du cœur gauche, des valvules mitrales et aortiques, autant sont plus rares les lésions du cœur droit, de l'orifice tricuspide et de l'orifice pulmonaire. Parmi ces dernières lésions, d'ailleurs, la plus habituelle est le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Quant à la congénitalité du rétrécissement de l'artère pulmonaire, observée chez notre malade, elle est conforme à la règle. Si, exceptionnellement, l'affection peut être acquise et dépendre du rhumatisme, en général, elle est le plus souvent congénitale. Entre les diverses lésions congénitales du cœur que l'on peut rencontrer, celle-là est manifestement la plus répandue.

Le rétrécissement de l'artère pulmonaire comporte un signe d'auscultation de première importance, signe caractéristique, pathognomonique : c'est un bruit de souffle systolique et prolongé, dont le maximum siège à la partie interne du 2e espace intercostal gauche, et dont la propagation se fait vers l'articulation sterno-claviculaire gauche. Ce souffle est superficiel, intense, rude, râpeux, et s'accompagne de frémissement cataire, ce qui veut dire que si l'on place la main sur la région précordiale, à la base du cœur, à la région du 2e espace intercostal gauche, on perçoit une sorte de vibration analogue au ronronnement que fait le chat lorsqu'on caresse le dos de cet animal avec la main.

Chez notre malade, à part ce détail que le bruit perçu a son maximum non dans le deuxième, mais dans le troisième espace intercostal, on retrouve bien tous les caractères du souffle du rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ce souffle est, en effet, systolique et prolongé. Il est prolongé à tel point qu'il couvre presque toute la révolution cardiaque. On s'explique aisément ceci. Au moment où le ventricule entre en contraction pour faire passer le sang au travers de l'orifice pulmonaire rétréci, il doit se contracter non seulement avec énergie, mais aussi d'une façon prolongée. La prolongation du bruit de souffle offre une grande importance diagnostique.

Le souffle est intense, rude, râpeux. On l'entend à la région précordiale et sur toute l'étendue de la poitrine, que l'on ausculte en avant, en arrière, en dedans ou en dehors. Toutefois, le bruit de souffle n'est pas égal d'intensité partout. Il offre son maximum dans le 3e espace intercostal et se propage vers l'épaule gauche. Il est, d'autre part, superficiel. On le perçoit même à une certaine distance, sans que l'oreille touche la poitrine. Le patient peut l'entendre en inclinant la tête vers l'épaule. Il couvre non seulement le premier bruit du cœur, mais encore le deuxième, de telle sorte que tous les bruits cardiaques sont réduits à ce bruit. Quel que soit l'endroit où vous auscultez, vous ne percevez que ce souffle. Il y a là un état d'auscultation qui se rencontre quelquefois dans le rétrécissement aortique où l'on peut n'entendre qu'un bruit analogue de souffle aortique. Je ne veux pas entrer ici dans la discussion des raisons pour lesquelles le 2e bruit a disparu ; cela m'entraînerait trop loin.

Le frémissement cataire accompagne le bruit de souffle et en traduit la sensation tactile. On le perçoit par le palper sur une surface qui s'étend de la deuxième côte gauche au bord inférieur de la cinquième côte, et du rebord gauche du sternum au voisinage du mamelon.

Cette particularité que le maximum du bruit de souffle et du frémissement cataire se trouve dans le 3e espace intercostal au lieu du deuxième, est-elle propre à enlever au bruit de souffle la signification qu'il a par ailleurs concernant le rétrécissement de l'artère pulmonaire ? Je ne le crois pas. Malgré ce détail, il s'agit bien d'un souffle de rétrécissement de l'artère pulmonaire. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire offre quelque chose de particulier. Alors que les autres lésions orificielles du cœur ont un siège toujours le même, il n'en va plus ainsi pour le rétrécissement de l'artère pulmonaire. A ce point de vue, on distingue en effet trois types de rétrécissements de l'artère pulmonaire : 1° le rétrécissement orificiel, situé au niveau des valvules ; 2° le rétrécissement infundibulaire, ou pré-artériel, qui occupe l'infundibule de l'artère pulmonaire ; 3° le rétrécissement de l'artère pulmonaire elle-même. Etant données ces trois variétés, on conçoit très bien que le bruit de souffle, dans cette maladie, puisse avoir un maximum à localisation un peu variable. Je suis convaincu que si, lorsque le rétrécissement occupe l'orifice, le maximum du souffle siège bien à la partie interne du deuxième espace intercostal gauche, lorsqu'il est infundibulaire, le maximum doit être déclive et être constaté à la partie interne du 3e espace intercostal.

Quoi qu'il en soit, tenant compte de l'ensemble des caractères du bruit de souffle, je ne crois pas qu'il s'agisse d'autre chose que d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire. Quel diagnostic pourrait-on porter ? Il n'est qu'une seule autre affection pouvant donner lieu à un souffle de ce genre, à savoir la maladie de Roger, qui a pour principal signe le souffle dit de Roger. La maladie congénitale du cœur de Roger est caractérisée par la perforation de la cloison interventriculaire. Le septum interventriculaire se développe dès le début de la vie fœtale ; il naît à la pointe du cœur et avance vers le haut, vers la cloison qui, dans le bulbe aortique primitif, séparera l'aorte et l'artère pulmonaire. Lorsque ce septum n'achève pas son évolution, il existe un orifice de communication entre les deux ventricules. Ainsi se constitue la maladie de Roger, qui est d'ailleurs exceptionnelle. Elle donne lieu à un bruit de souffle intense, rude, râpeux, accompagné de frémissement cataire, à maximum dans le 3e espace intercostal gauche. Aurions-nous affaire à une maladie de Roger ? Je ne le pense pas. La maladie de Roger est exceptionnelle et, si rare soit-il, le rétrécissement de l'artère pulmonaire est beaucoup plus commun. D'autre part, je vous ai montré que le souffle du rétrécissement de l'artère pulmonaire pouvait occuper le 3e espace intercostal. Ce ne sont pas les seules raisons. Dans la maladie de Roger, le souffle a une propagation de gauche à droite. Ici, la propagation se fait vers le haut à gauche. Il y a aussi la prolongation particulière du bruit de souffle qui occupe la presque totalité de la ré-

volution cardiaque. Enfin, il est des arguments à tirer de l'inspection de la région précordiale, de la percussion et de l'étude radiographique du cœur. Dans la maladie de Roger, on peut noter un léger élargissement du cœur dans le sens transversal, le ventricule gauche envoyant dans le droit du sang dont la poussée élargit ce ventricule. L'élargissement est léger. Au contraire, dans le rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'hypertrophie est notable au niveau des cavités droites. Si, chez notre malade, on inspecte la région précordiale, on y voit une voussure exagérée. Si l'on percute, on trouve un accroissement marqué de la grande matité et de la petite matité du cœur. La radioscopie montre un cœur globuleux et une augmentation de l'aire cardiaque, surtout dans le sens transversal.

La réunion de ces symptômes, souffle systolique spécial, signes d'hypertrophie des cavités droites, permet d'affirmer le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Chez ce malade, grâce à l'hypertrophie ventriculaire droite, la compensation est parfaite. La tension vasculaire, de 13 maxima et 7 minima, est abaissée. La diurèse est normale, le foie non congestionné. Il n'y a aucune apparence d'œdème, aucun indice d'hyposystolie. Les tracés pris à la pointe du cœur, au pouls radial et aux veines du cou, ne nous ont pas fourni de renseignement nouveau, à part ceci : alors que le pouls se montre régulier, la pointe du cœur donne des irrégularités, un peu d'arythmie.

Si la lésion cardiaque, chez notre malade, est parfaitement compensée, cela ne veut pas dire qu'elle ne provoque aucun trouble fonctionnel. Le patient accuse une série de troubles que l'on rencontrent d'habitude en pareil cas. Il a des palpitations, parfois avec sensation d'arrêt du cœur, qui se manifestent principalement à l'occasion d'un effort, d'une émotion. Il a de la dyspnée, rare au repos, et qui éclate également avec les émotions, les efforts. Il a de la céphalée, des hémorrhagies, des gingivorrhagies, des épistaxis surtout. On a dû, deux fois, lui faire un tamponnement antérieur et antéro-postérieur des fosses nasales. Le patient s'est plaint de ces accidents à tout âge ; il se rappelle qu'étant enfant, il ne pouvait courir sans être arrêté par de l'angoisse cardiaque. Tous ces signes et leur ancienneté indiquent bien la nature congénitale de la maladie. Il est un dernier symptôme fonctionnel dont je dois parler, c'est la cyanose. Vous pouvez constater que la face de cet homme est colorée, de teinte lilas. Ses ongles offrent un aspect un peu violacé. La cyanose, légère au repos, augmente à l'occasion d'un exercice et sous l'influence du froid. Cette cyanose remonte également aux toutes premières années du patient, nouvel indice de la congénitalité de l'affection cardiaque. A ce point de vue, un détail mérite votre attention. Notre malade a été atteint à l'âge de 17 ans d'une crise de rhumatisme articulaire aigu qui a affecté le genou et l'articulation tibio-tarsienne et a guéri au bout de quinze jours. Mais ce rhumatisme n'a pas dû jouer un grand rôle dans la cardiopathie que vous constatez. Vous connaissez la loi de Bouillaud d'après laquelle les complications cardiaques se voient dans le rhumatisme violent, généralisé, pyrétique. Le rhumatisme partiel, sauf exception, ne s'accompagne pas de troubles cardiaques. D'autre part, ici, la congénitalité du rétrécissement de l'artère pulmonaire ne semble pas douteuse.

Pourquoi, dans le cas dont nous nous occupons, un rétrécissement de l'artère pulmonaire s'est-il développé ? Je donnerai à cette question une réponse catégorique. Si ce sujet a été ainsi frappé, c'est qu'il procède de générateurs syphilitiques. Nous n'avons pas pu interroger les parents, mais le malade a fourni lui-même la preuve de la spécificité. Il y a deux ans, en effet, il est entré dans le service pour une ostéite syphilitique du pied droit. Nous avons pratiqué à ce moment le Wassermann, qui s'est montré positif. Nous avons prescrit le traitement mercuriel, mais son application trop tardive n'a pu éviter l'intervention chirurgicale. Ne vous étonnez pas de rencontrer la syphilis en pareille circonstance. Je crois que plus on ira, plus on s'apercevra du rôle de la syphilis dans la genèse des affections congénitales du cœur. Vous savez que deux grandes théories ont été émises pour expliquer le développement du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire : la théorie de l'endocardite fœtale, de Cruveilhier, et la théorie de la malformation fœtale, de Rokitansky. Il ne semble pas douteux que quand la syphilis intervient, c'est par la malformation qu'elle le fait. Notre malade offre d'autre part, outre sa lésion cardiaque, toute une série de malformations : une voûte palatine profonde, très ogivale, une mauvaise implantation dentaire, une hernie inguinale congénitale. Il a eu encore des troubles de croissance : à 19 ans, il était de si petite taille que sa famille croyait qu'il resterait nain. Tout plaide ici en faveur de la théorie de la malformation.

Sans entrer dans le détail du développement du cœur, je vous rappelle cependant que l'artère pulmonaire procède d'une partie unique appelée bulbe aortique, qui se cloisonne dès les premières semaines pour former l'artère pulmonaire et l'aorte. Il suffit que le cloisonnement se fasse irrégulièrement pour que le rétrécissement de l'artère pulmonaire soit constitué. Habituellement d'ailleurs, le rétrécissement de l'artère pulmonaire n'est pas une malformation isolée du cœur. Presque toujours, on a affaire à ce qu'on appelle la tétralogie de Fallot, tétralogie constituée par 4 lésions : le rétrécissement de l'artère

pulmonaire, la dilatation hypertrophique du ventricule droit, la persistance d'une communication des deux ventricules et le déjettement de l'orifice aortique vers la droite. Toutes ces lésions s'expliquent par des troubles de développement parallèles. On note aussi quelquefois la persistance du trou de Botal et, chez certains, la persistance du canal artériel. Chez notre malade, il est probable que nous avons affaire à la tétralogie de Fallot. Nous avons mis en évidence, chez lui, le rétrécissement de l'artère pulmonaire et la dilatation hypertrophique du ventricule droit. Dans son cas, la cyanose est peu accentuée, mais les faits de tétralogie de Fallot avec cyanose légère sont connus (cyanose fruste). D'après la statistique de Fallot, la tétralogie accompagne 4 fois sur 5 le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire.

Il me reste, pour terminer l'étude de ce sujet, à vous dire quelques mots du pronostic et du traitement de cette affection. Le rétrécissement de l'artère pulmonaire est une maladie des plus graves. Elle n'entraîne pas la mort par asystolie comme les autres cardiopathies (du moins l'asystolie y est-elle rare). Son pronostic n'en est pas moins très sérieux. Ces malades sont ordinairement des délicats, des malformés, qui arrivent rarement à l'âge adulte et succombent généralement dans l'enfance ou l'adolescence, victimes d'infections diverses. De toutes les infections, celle que les menace le plus est la tuberculose, en particulier la tuberculose pulmonaire qui évolue souvent chez eux d'une façon torpide. La statistique montre que 50 % au moins de ces sujets meurent tuberculeux. Notre malade n'a pas de signes de tuberculose pulmonaire, mais je ne certifierai pas qu'il ne sera pas un jour victime du bacille. De temps en temps, il offre des poussées fébriles inexpliquées et la radiologie de son thorax révèle la présence d'une adénopathie trachéo-bronchique nette.

J'ose à peine aborder le chapitre du traitement, tant nous sommes en face d'une affection peu accessible à la thérapeutique. Vous viserez surtout à protéger ces malades contre les infections, contre la tuberculose en particulier, en les faisant vivre dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, au grand air. De plus, vous n'oublierez pas le rôle que peut jouer la syphilis en pareil cas, principalement si, comme chez notre malade, vous constatez des accidents syphilitiques concomitants, et un Wassermann positif. Ne négligez pas alors la cure spécifique, sous forme d'injections de sels mercuriels solubles, de préférence.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. LACROIX).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : Service de M. le Prof. MÉRIEL.

Leçon de M. J.-P. TOURNEUX, chef de clinique.

Les périurétrites aiguës phlegmoneuses.

Vous savez que les lésions de l'urètre, et en particulier le rétrécissement, peuvent présenter un certain nombre de complications d'ordre mécanique ou d'ordre inflammatoire : cela tient tout d'abord à la stase urinaire, qui peut faire retentir ses effets jusqu'au niveau de la circulation rénale, et aussi à l'infection qui, trouvant dans des organes congestionnés un terrain merveilleusement prédisposé, ne tarde pas à se développer et à produire ainsi de redoutables lésions contre lesquelles les chirurgiens se trouvent parfois presque désarmés. Parmi ces complications, il en est certaines, assez fréquentes, connues actuellement sous le nom de périurétrites que vous avez déjà eu l'occasion d'observer un certain nombre de fois dans notre service : c'est sur elles que je veux attirer votre attention aujourd'hui.

Ce sont là des accidents signalés et étudiés depuis longtemps, mais dont la pathogénie et le mécanisme avaient été entièrement méconnus et dont la véritable signification n'a été révélée que de nos jours, grâce aux recherches de Pi Delbet, d'Albarran, de Bazy, etc.

Connues il y a quelques années encore, sous les mêmes noms d'infiltration d'urine, d'abcès urineux, et de tumeur urineuse, mots qui rappellent les vieilles conceptions pathogéniques, ces complications sont désignées aujourd'hui du nom de périurétrites, mot général englobant tous les accidents infectieux qui se manifestent autour de l'urètre. C'est que l'on a reconnu, en effet, que, suivant la virulence microbienne, suivant l'intensité du processus réactionnel et suivant aussi la résistance du sujet, l'inflammation pouvait réaliser un de ces différents types que nos anciens avaient si bien décrits, et que, d'après certaines conditions, les lésions produites pouvaient présenter le type phlegmoneux, le type gangréneux, ou encore le type scléreux. Ce sont là assurément des modalités inflammatoires qui paraissent bien nettement séparées les unes des autres et n'avoir en quelque sorte aucun lien de commun : cependant, en les examinant attentivement et en recherchant surtout leur pathogénie, la manière dont elles se constituent, on peut reconnaître qu'il est un grand point qui permet

de les rapprocher les unes des autres, c'est l'analogie des conditions qui préexistent à leur développement.

Chaque fois que vous vous trouverez en présence de ces lésions de périurétrites, vous arriverez à mettre en évidence les deux grands facteurs qui président à leur apparition et que je vous ai déjà signalés, à savoir : la lésion urétrale et l'infection.

La lésion urétrale, elle, consistera la plupart du temps en un rétrécissement ; il n'est pas besoin que cette sténose soit forte, soit serrée ; et bien souvent l'exploration montrera que l'on ne se trouve en présence que de ce que l'on désigne du nom de rétrécissement large, c'est-à-dire admettant encore le passage de la bougie 24 de la filière Charrière.

Mais si le rétrécissement constitue la lésion rencontrée le plus fréquemment, il n'est pas le seul que l'on puisse voir, et une intervention septique, la présence d'un corps étranger, d'un calcul enclavé, l'existence d'une blennorrhagie ou bien encore la simple sonde à demeure sont des conditions suffisantes pour préparer un terrain propice au développement de l'infection.

Quant à cette dernière, elle s'explique bien facilement : la flore pathologique de l'urètre voit sa virulence décuplée par les phénomènes de rétention produite, et tel microbe, vivant jusque-là à l'état latent, devient soudain des plus dangereux par les modifications réactionnelles qu'il provoque. Il faut d'ailleurs tenir grand compte de ce que les inflammations antérieures, les urétrites, ont souvent laissé au niveau des diverticules glandulaires de la région (glandes de Littre, de Mory, accessoires de Cowper) des foyers microbiens atténués, en plein sommeil, mais dont l'activité se réveille brusquement du fait de la congestion causée par la stase urinaire.

Les microbes qui produisent ces accidents sont variables : les uns sont des pyogènes vulgaires comme les coli-bacilles, les streptocoques, les staphylocoques, mais les autres appartiennent à des variétés plus redoutables ; ce sont des anaérobies, bacillus fragilis, perfringens, fundibuliformis, etc., et vous reconnaîtrez aisément que la présence de tel ou tel microbe, soit isolé, soit en association, pourra imprimer à la marche des lésions une allure tout à fait différente, allant du petit abcès tendant à la résolution spontanée jusqu'au phlegmon gangreneux si terrible par ses complications toxinémiques ou pyohémiques.

Aussi, si le mot de périurétrite rend bien compte de l'ensemble des lésions qui se manifestent autour de l'urètre, et doit rester dans notre nomenclature à l'exclusion des anciennes dénominations rappelant les erreurs pathogéniques de Voillemier, il ne faut pas oublier que cette périurétrite pourra présenter différentes modalités, diverses formes cliniques suivant l'allure infectieuse, suivant l'intensité et la rapidité d'évolution des réactions inflammatoires.

C'est ainsi que nous aurons des périurétrites chroniques de forme scléreuse et des périurétrites aiguës qui se diviseront elles-mêmes en circonscrites ou phlegmoneuses, et en diffuses ou gangréneuses, chacune de ces dénominations indiquant d'une manière bien nette la nature des lésions qu'elles présentent.

Vous ne rencontrerez que très rarement des malades atteints de périurétrite scléreuse, et vous n'aurez guère l'occasion d'en observer dans notre service ; au contraire vous pourrez y voir beaucoup plus souvent des périurétrites aiguës, soit sous la forme phlegmoneuse, soit sous la forme gangréneuse,et pour mieux vous familiariser avec ces affections si communes, je tiens à vous rapporter une observation bien typique de périurétrite circonscrite qui ne pourra vous laisser de doute dans l'esprit.

Messieurs, il y a une dizaine de jours, on amenait d'urgence dans notre service un malade qui occupe actuellement le nº 28 de la salle Saint-Lazare. C'était un homme d'une quarantaine d'années dont le passé génital était assez chargé : il avouait 4 blennorrhagies et un chancre mou et présentait pour le moment une tuméfaction douloureuse de la région périnéale.

Depuis deux semaines environ, il avait commencé par remarquer une légère sensation de pesanteur, de gêne périnéale, puis, ses mictions étaient devenues plus fréquentes, ainsi que ses besoins de défécation. Quelques jours plus tard, il voyait apparaître au niveau du périnée une légère induration qui augmenta peu à peu de volume, jusqu'à se présenter sous l'aspect de véritable tumeur.

A ce moment, les mictions devinrent de plus en plus pénibles, la fièvre intermittente des suppurations fit son apparition, et les douleurs en arrivèrent à leur apogée : le malade était dans l'impossibilité absolue de s'asseoir et ne se trouvait un peu soulagé qu'allongé sur le dos, les cuisses écartées et légèrement fléchies sur le bassin.

C'est dans cet état qu'il fut amené ici, et l'aspect seul des lésions me permit de porter immédiatement mon diagnostic.

En lui faisant prendre la position de la taille, on apercevait au périnée une tumeur médiane, siégeant sur le raphé, allongée dans le sens antéro-postérieur, présentant son maximum d'intensité au niveau du bulbe urétral, dont l'extrémité antérieure se perdait du côté du scrotum, alors que la partie postérieure s'arrêtait brusquement au point correspondant au muscle transverse.

La peau du périnée, chaude, rouge, luisante et tendue, présentait son maximum de réaction au niveau de la tumeur qui, immobile sur les plans

profonds, était des plus douloureuses au palper ; mais la région périnéale ne présentait pas seule de la tuméfaction, et en inspectant les zones avoisinantes, on se rendait aisément compte que l'œdème avait commencé à envahir une bonne partie des régions limitrophes.

Tels sont les divers symptômes que j'ai pu relever dans l'examen de mon malade, symptômes que l'on rencontre toujours et qui ne doivent pas laisser de doutes dans notre esprit. Parfois on rencontre en plus certains troubles de l'appareil digestif, que l'on voit dans la plupart des infections ; ils ont manqué ici, mais ils ne sont en somme que d'importance des plus secondaire et peuvent être complètement négligés pour baser un diagnostic.

Dans notre cas, comme presque toujours d'ailleurs, l'erreur n'est pas être possible, et une tuméfaction médiane symétrique du périnée, s'accompagnant de troubles de la miction, doit tout de suite éveiller en nous l'idée d'une périurétrite circonscrite. Vous n'évoquerez l'idée d'un abcès de la marge de l'anus que pour l'abandonner immédiatement, car la localisation seule de la tuméfaction ne pourra vous faire hésiter ; vous ne penserez pas à une prostatite suppurée, car dans ce cas la tuméfaction périnéale sera plus profonde, se révélant moins à la surface, mais aura un retentissement des plus marqués sur le rectum, et les épreintes douloureuses, les sensations de faux besoin vous mettront immédiatement sur la voie du diagnostic. Dans quelques cas, on a pu confondre la périurétrite circonscrite avec une suppuration des glandes de Cowper : les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes, mais dans la coowpérite aiguë, la tuméfaction périnéale n'est pas médiane et symétrique, elle siège latéralement, un peu en dehors du raphé, et un examen un peu attentif vous permettra d'éviter l'erreur.

Que devons-nous faire en présence d'une pareille situation ? Nous devons intervenir, et tout de suite. Intervenir, car s'abstenir ne nous donnerait aucun résultat satisfaisant, et pourrait même nous procurer de sérieux ennuis : la résolution spontanée est en effet des plus rares, et le plegmon abandonné à lui-même ne tarderait pas à s'ouvrir spontanément soit à la peau, soit à l'urètre par des ouvertures trop minimes pour permettre à la collection purulente de s'évacuer complètement, ce qui donnerait ainsi naissance à ces fistules intarissables contre lesquelles la thérapeutique devient ultérieurement presque impuissante.

Il faut de plus intervenir immédiatement, car on n'est jamais certain de la nature du contenu microbien et l'on doit toujours redouter de voir le simple phlegmon présenter des allures plus redoutables et se transformer, par une exagération de la virulence microbienne, en un redoutable phlegmon gangréneux avec toutes ses complications.

Il faut donc inciser largement sur la ligne médiane et ouvrir délibérément la collection purulente ; puis, avec le doigt, il faut détruire tous les tractus cellulaires, toutes les cloisons que l'on rencontre et constituer de la sorte une large poche se drainant largement à l'intérieur. On pourra alors, après un lavage abondant à l'eau oxygénée, mettre une mèche de gaze mollement tassée, ou, ce qui est encore mieux, enfoncer un drain fixé au plafond selon la recommandation de Guyon. Au bout de quelques jours, vous verrez la suppuration diminuer, le fond de la poche se mettre à bourgeonner et la perte de substance se combler rapidement.

C'est à ce moment-là seul qu'il faudra intervenir sur le rétrécissement urétral. Je vous ai dit, en effet, que le malade, au moment où la périurétrite circonscrite, est à son apogée, éprouve les plus grandes difficultés d'uriner ; ce phénomène tient bien moins à l'obstacle qui règne au niveau de son canal, c'est-à-dire au rétrécissement, qu'à la compression extérieure causée par la collection purulente. Et ce qui le prouve, c'est que dès que le phlegmon est évacué, la miction redevient à peu près normale, et se fait pour ainsi dire sans aucune souffrance. La plupart des malades se croient d'ailleurs guéris, une fois que l'abcès périnéal est incisé, et beaucoup sont très étonnés quand on leur parle ultérieurement de la petite intervention nécessaire pour empêcher le retour des accidents inflammatoires qu'ils avaient présentés.

Or, c'est bien à ce moment seul qu'il faut se préoccuper de l'urètre, car l'incision du rétrécissement au cours de la période de suppuration serait grosse de dangers ; il faut savoir attendre la presque cicatrisation de la plaie périnéale pour pratiquer l'urétrotomie interne suivie elle-même au bout de trois jours par des séances de dilatation.

Telles sont, Messieurs, la physionomie et l'évolution de la périurétrite aiguë phlegmoneuse qu'il faut savoir reconnaître et traiter afin d'éviter ces complications que je vous signalais il n'y a qu'un instant, et dont la plus redoutable est la transformation gangreneuse que nous étudierons ensemble dans un prochain entretien.

PARASITOLOGIE

Les cestodes parasites.

L'article paru sous ce titre dans notre dernier numéro est de notre distingué collaborateur, M. H. PÉNEAU, docteur ès sciences, dont la signature a malencontreusement sauté au moment du tirage. N. D. L. R.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le virilisme surrénal. — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez l'adulte. — Suppuration de l'ombilic associée à une balano-posthite érosive circinée. — L'azotémie dans la colique de plomb. — Goitre exophtalmique chez une enfant de 7 ans. — Le rhumatisme cérébral. — La débilité bronchique et son syndrome révélateur. — Anévrysme de l'aorte abdominale. — Le salicylate de soude dans le rhumatisme. — Abaissement de la constante d'Ambard au-dessous de la normale. — Syndrome de Hanot dans la syphilis secondaire. — La transfusion du sang. — Influence de la gonococcie sur le puerperium immédiat.

M. Tuffier lit à l'*Académie de médecine* une note sur le *virilisme surrénal.*

MM. Gilbert Ballet et Gallais ont nommé virilisme surrénal un ensemble de troubles d'évolution caractérisé par le développement précoce de la virilité chez l'enfant ou l'aspect viril chez la femme, et dû à une altération (tumeur, trouble sécrétoire) des glandes surrénales. M. Tuffier rapporte un cas intéressant de cet état morbide : il concerne une femme de 62 ans, qui se présentait avec une apparence masculine : barbe et moustache très fournies, calvitie fronto-pariétale, musculature des membres, hypertrophie clitoridienne, etc. Ces malformations s'étaient développées après la ménopause. Le corps thyroïde et la selle turcique étaient normaux. La malade fut opérée pour un fibrome et l'on put constater l'existence d'une tumeur bilatérale des surrénales.

Il faut enregistrer soigneusement ces faits, dit M. Tuffier, mais il convient d'être réservé dans les conclusions, car la physiologie des glandes endocrines est loin d'être élucidée. Peut-être pourrait-on penser qu'entre les cas extrêmes (comme celui de cette malade) et la normale, il doit exister toute une gamme de déviés biologiques d'origine surrénale que la clinique médicale permettra de reconnaître et de modifier. Les signes de virilisme devront ainsi appeler l'attention sur la possibilité d'une tumeur surrénale.

— MM. Rist et Ameuille présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une étude du *type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.*

L'adénopathie trachéo-bronchique, qui fournit chez l'enfant une symptomatologie assez riche, ne donne pas ou presque pas de symptômes chez l'adulte. S'appuyant sur environ 400 autopsies de tuberculeux, MM. Rist et Ameuille ont pu établir que l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte et celle de l'enfance n'ont aucune ressemblance au point de vue anatomique, ce qui explique les dissemblances cliniques. Les ganglions, dans l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte, sont peu volumineux, non caséeux, non scléreux, indépendants, sans périadénite. Chez l'enfant, ils sont relativement volumineux, caséeux, sertis d'une bande de sclérose avec périadénite scléreuse.

L'explication de ces différences paraît tenir à ce que l'adénopathie qui est, chez l'enfant, le résultat d'une infection primitive, n'est, chez l'adulte, que le résultat d'une réinfection, avec les caractères atténués de celle-ci.

M. Léon Bernard montre également que l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte, réaction de réinfection, n'offre que des lésions très discrètes qui restent latentes et ne peuvent être dévoilées que par l'écran. Leur importance ne saurait être comparée à celle des adénopathies de l'enfant, lésions de primo-infection, qui jouent un rôle capital dans l'évolution de la bacillose infantile.

— M. Queyrat présente à la *Société médicale des hôpitaux* un malade atteint de *suppuration de l'ombilic associée à une balano-posthite érosive circinée.*

La balano-posthite érosive circinée de Berdal et Bataille semblait jusqu'à ce jour être une affection du domaine uniquement génital, dans ses lésions. M. Queyrat montre un malade porteur, d'une part, d'une balano-posthite érosive circinée, et d'autre part d'une irritation avec suppuration de la région ombilicale. La sécrétion ombilicale, comme la sécrétion préputiale, offrait, après coloration à la fuchsine de Zeihl, la triade microbiologique de la balano-posthite (spirochètes grêles de Berdal et Bataille, bacilles courts et cocci).

— MM. Achard et Leblanc signalent, à la *Société médicale des hôpitaux, l'azotémie dans la colique de plomb.*

On sait l'importance de l'azotémie dans les néphrites chroniques, importance bien mise en relief par M. Widal, qui a fait ressortir tout l'intérêt pronostique qui s'attache à la mesure de l'excès d'urée dans le sang des urémiques. Toutefois, la rétention d'urée n'appartient pas exclusivement à l'urémie et aux affections rénales ; elle se rencontre parfois aussi dans d'autres circonstances.

MM. Achard et Leblanc l'ont observée chez quatre malades atteints de colique de plomb, sans lésions rénales appréciables. Chez ces malades, le chiffre d'urée allait de 0 gr. 72 à 1 gr. 80 pour 1000. Mais, et ce point est essentiel, l'excès d'urée a été temporaire, et non définitif comme celui que crée l'imperméabilité du rein par sclérose.

— M. Railliet (de Reims) rapporte à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *goitre exophtalmique chez une enfant de 7 ans.*

Ces cas est intéressant par l'âge de la malade et par l'hérédité constatée chez elle : le père était basedowien. La maladie de Basedow est exceptionnelle au-dessous de huit ans. En outre, les faits d'hérédité similaire du goitre exophtalmique ne sont pas fréquents. Cette hérédité se transmet habituellement par les femmes.

— M. Albert Robin et Louis Lyon-Caen présen-

◆◆◆

tent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *rhumatisme cérébral au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, avec méningite hémorrhagique.*

Le rhumatisme cérébral, qui est décrit avec beaucoup de détails dans les traités classiques, est extrêmement rare, d'après l'opinion la plus répandue actuellement. Les cas décrits autrefois sous le nom de rhumatisme cérébral sont sujets à révision ; il entre probablement sous cette dénomination bien des troubles divers : délires alcooliques, quiniques, salicylés, délire urémique, etc.

M. Albert Robin pense que l'observation actuelle qu'il signale doit réellement être rangée dans le rhumatisme cérébral. La ponction lombaire a révélé une méningite hémorrhagique, que l'on peut considérer comme une fluxion momentanée analogue à la pleurésie ou à la congestion pulmonaire passagère du rhumatisme.

— MM. Florand, François et Flurin font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur la *débilité bronchique et son syndrome révélateur.*

Pour ces auteurs, il existe, chez certains sujets, un véritable état de débilité bronchique, élément de prédisposition aux bronchites chroniques, que l'on peut reconnaître à différents signes révélateurs.

Le syndrome révélateur en question serait caractérisé par la triade symptomatique suivante : l'hyperesthésie de la muqueuse, l'instabilité circulatoire et l'hypersensibilité sécrétoire. L'hyperesthésie de la muqueuse se traduit par de la toux facile, survenant aux moindres causes d'excitation, par une sensation de dyspnée légère, de constriction thoracique, et par une polypnée modérée (20 à 25 respirations au lieu de 16 à 18 par minute).

L'instabilité circulatoire a pour manifestations des crises d'hyperémie passagère de la muqueuse des voies aériennes (obstruction nasale lorsque l'hyperémie porte sur la muqueuse du nez, altération de la voix lorsqu'elle porte sur le larynx). Les troubles sécrétoires se révèlent par une sensibilité exagérée aux agents expectorants, à l'iodure de potassium, aux sulfureux.

Ces symptômes permettent de mettre en évidence la diminution de résistance des voies aériennes, avant que la bronchite chronique soit constituée, à une époque où une thérapeutique active peut encore en prévenir le développement.

— MM. Laubry et Clarac rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*anévrysme de l'aorte abdominale.*

L'anévrysme de l'aorte abdominale est facilement méconnu, à moins que, développé aux dépens de la partie antérieure du vaisseau, il ne se traduise par une tumeur expansive venant s'offrir à la palpation.

M. Laubry relate une observation d'anévrysme de l'aorte abdominale où il a pu poser le diagnostic grâce à différents signes : phénomènes douloureux, double souffle épigastrique, et réaction de Wassermann positive. A ces symptômes principaux, étaient joints d'autres signes de moindre valeur fournis par la tension artérielle, l'examen radioscopique, etc.

— M. Josué présente à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur le *traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude.*

On a accusé le salicylate de soude de produire parfois des accidents chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. On lui a attribué certains troubles délirants et on a dit qu'il pouvait favoriser l'éclosion de phénomènes cérébraux. M. Josué proteste contre une telle opinion. Loin de provoquer les troubles délirants, le salicylate de soude les fait disparaître. M. Josué administre ce médicament à fortes doses et le continue pendant longtemps : il n'a jamais observé de conséquences fâcheuses. Il suffit d'associer au salicylate quantité égale de bicarbonate de soude pour se mettre à l'abri des phénomènes d'intolérance gastrique. On peut continuer le médicament à la dose de 5 à 7 gr. pendant plusieurs jours, puis de 4 et 3 gr. pendant huit, quinze jours, et plus, sans inconvénient.

— MM. Achard et Leblanc relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une série de cas d'*abaissement de la constante uréo-sécrétoire au-dessous de la normale.*

La constante uréo-sécrétoire d'Ambard présente chez certains malades un abaissement au-dessous de la normale. M. Achard a observé cet abaissement chez des convalescents de maladies aiguës, chez des fébricitants atteints d'affections diverses (fièvre typhoïde, pleurésie), chez des sujets polyuriques.

L'abaissement de la constante coïncide fréquemment avec une azotémie faible, sans qu'il y ait parallélisme entre les variations de la constante et celles de l'azotémie.

Cet abaissement de la constante est un nouvel exemple des irrégularités qu'elle peut offrir lorsqu'on s'écarte des conditions ordinaires de stabilité physiologique.

— MM. Caussade et C. Levi-Franckel rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *syndrome de Hanot syphilitique survenu à la période secondaire.*

La syphilis attaque fréquemment le foie. On sait qu'elle se localise souvent sur cet organe, à la période tertiaire, où elle revêt les formes de cirrhose vulgaire, d'hépatomégalie avec foie ficelé et hypertrophie de la rate, de maladie de Hanot.

A la période secondaire, l'ictère a été signalé et qualifié de catarrhal. Dans l'observation de MM. Caussade et Levi-Franckel, il s'est agi d'un véritable syndrome de Hanot survenu six mois après le chancre, en pleine période secondaire. On notait, en effet, un gros développement du foie et de la rate, un ictère très prononcé sans décoloration des matières fécales, sans insuffisance hépatique, sans anémie. Ces troubles cédèrent, au bout d'un mois, à un traitement mercuriel assez intense.

— M. C. Sauvage fait à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* une communication sur la *transfusion du sang.*

L'auteur a employé avec succès la transfusion du sang comme complément de l'hystérectomie dans un cas de rupture de l'utérus pendant le travail.

M. Pierre Delbet estime que les indications de la transfusion du sang ne sont pas encore bien posées. La question est complexe. On doit se demander si le sang du donneur et celui du malade se conviennent et s'ils ne sont pas, l'un pour l'autre, agglutinants et hémolysants. On peut être fixé sur ce point expérimentalement, mais il faut pour cela du temps, et la transfusion, en cas d'hémorrhagie, est une opération d'extrême urgence.

Pour déterminer les indications de la transfusion, il est nécessaire de connaître, dit M. Delbet, la cause immédiate de la mort, dans la mort par hémorrhagie. Si cette cause est l'insuffisance des hématies, la transfusion s'impose. Si, au contraire, la mort est due à l'insuffisance de la masse liquide, l'injection intraveineuse d'une solution isotonique inoffensive est l'indication la plus pressante à remplir. Or, il semble bien que la diminution des globules rouges joue un rôle moins important que la diminution de la masse liquide. Dans l'anémie pernicieuse, on a vu la vie continuer avec un chiffre de globules rouges descendu au-dessous de un million, ce qui (représenté en masse sanguine) constituerait une perte de 3 ou 4 litres de sang. M. Delbet a réalisé, d'autre part, une expérience où il a montré qu'une injection saline intra-veineuse ramenait à la vie un animal saigné jusqu'à la syncope.

La mort par hémorrhagie ne paraît donc pas due à l'anémie globulaire. Le besoin le plus pressant serait de reconstituer la masse liquide intra-vasculaire, et l'injection de sérum y suffit.

M. Wallich, en examinant, avec M. Levaditi, le sang de certains couples au point de vue de l'agglutination réciproque, a constaté que dans nombre de cas, il se produisait au contact des deux sangs une agglutination des plus accentuées. La transfusion ne doit donc pas être entreprise sans examen des réactions sanguines, sauf extrême urgence. M. Levaditi a indiqué une technique d'examen des réactions sanguines réciproques pouvant être effectuée en 20 à 30 minutes au plus.

— MM. Fabre et Dujol parlent, à la *Société obstétricale et gynécologique de Lyon, de l'influence de la gonococcie sur le puerperium immédiat.*

MM. Fabre et Dujol ont fait sur ce sujet des recherches cliniques et bactériologiques qui les ont conduits à cette conclusion que les accidents septicémiques et péritonéaux ne sont à craindre, chez les blennorrhagiques, qu'au cas de lésions ayant dépassé l'utérus. Mais les malades atteintes de salpingite blennorrhagique sont rarement enceintes et les accidents graves en question sont par cela même rares.

Ces remarques s'appliquent au puerpérium immédiat. Le puerpérium tardif est, par contre, la période dangereuse pour les blennorrhagiques ; la blennorrhagie constitue la grande cause des salpingites dites puerpérales, qui entraînent trop souvent la stérilité.

P. L.

PHYSIOTHÉRAPIE

Les adjuvants d'une cure thermale (1)

Par le Dr Raymond Molinéry
(de Barèges).

(*Suite et fin.*)

(Notes de physiothérapie clinique)

« *De minimis curat medicus* ».
Pr Landouzy.

II

Agents physiques dont la source est sous notre dépendance (2).

Ceux-ci n'ont rien de spécial à notre station.

L'électricité, la mécanothérapie, l'aéro-thermothérapie, le massage sous l'eau sont pratiqués, à l'heure actuelle, dans un très grand nombre de stations thermales.

Nous n'y insisterons pas. Bien que d'assez nombreux travaux aient paru sur l'*ionisation* des eaux thermales et sur l'ionothérapie électrique, nous croyons qu'il y a intérêt à vulgariser le plus possible cette méthode très simple et qui semble avoir résolu un des phénomènes les plus troublants de thérapeutique en physio-pathologie (professeur Grasset), à savoir, la pénétration des éléments actifs du médicament à l'endroit même où il doit agir.

Durant cet hiver (1913-1914), les conférences de l'Institut Hydrologique de Paris nous ont fait connaître les travaux de ces dix dernières années concernant la nouvelle théorie de « la *Désintégration de la matière* ».

Bardet, Moureu, Bordas, L.-C. Maillard, Robin, Jean Becquerel (ce dernier à l'Institut Océanographique), d'Arsonval et une quantité de savants maîtres nous ont fait pénétrer dans un monde nouveau découvert par les travaux des Curie, des G. Lebon, des Ramsay, des Le Duc, etc., et aussi par leurs études personnelles.

.... La Matière se divise à l'infini ; la Matière

(1) Voir *Concours Médical*, 1914, n° 24, p. 1618.

(2) Tout dernièrement (avril 1914) le Congrès de Physiothérapie de médecins de langue française nous a montré, à nouveau, tout le parti que l'on pouvait tirer de cette catégorie d'agents physiques, particulièrement dans le traitement des ankyloses.

n'est plus stable, la Matière est agitée de mouvements formidables... L'Atome n'est plus le dernier degré de la Matière ; il est un microcosme autour duquel gravitent les *électrons*, à la vitesse de 30.000.000 de mètres par seconde Et les électrons sont considérables en nombre, car l'hélium, par exemple, en émet, par seconde, le chiffre de 136.000.000.000 (cent trente-six milliards) ! !...

L'Homme qui a pu pénétrer ces mondes nouveaux, dont l'infiniment petit et l'effrayante puissance semblent défier les rêves de l'imagination la plus hardie, l'Homme, disons-nous, a pu en dissocier les éléments et, au moyen de l'électricité, les manier à sa guise...

Qu'est-ce donc que l'*ionisation* et l'*ionothérapie* qui en découle ? Sans entrer dans des détails déplacés dans une étude de vulgarisation, nous allons en résumer et la doctrine et l'application.

On a pu définir l'*ionisation* : « le résultat de la dissolution de certaines substances dans l'eau antérieurement au passage de tout courant électrique » ; l'introduction d'une substance médicamenteuse à travers la peau, grâce à un courant électrique, constitue l'*ionothérapie* (1).

Primitivement, les physiciens avaient appelé *cataphorèse* le « transport » des éléments du pôle positif vers le pôle négatif.

L'*anaphorèse* était le phénomène inverse. Dans l'un et l'autre cas, il n'y avait pas de décomposition de substance. Mais bientôt on s'aperçoit que tandis que la molécule se dirige vers le positif, par exemple, certains éléments de cette même molécule, migrent en sens inverse. Il y avait donc *dissociation* de substance en deux ordres de composants, d'où la conception de l'*électrolyse*. La molécule constituée d'atomes, libère ceux-ci en *ions*, qui, pourvus d'une charge égale d'*électrons* négatifs ou positifs, sont attirés par une électricité de nom contraire. Or, toujours animés d'une sorte de mouvement brownien, de bas en haut, les ions se distinguent en :

Cations, descendants ou négatifs ;
Anions, montants ou positifs.

Mais ce mouvement, ce déplacement, cette « danse » des anions et des cations *est indépendante* de tout courant et *préexiste* au passage de tout effluve. *L'ionisation est donc à elle-même son propre générateur*. Ne pourrait-on pas dire qu'il y a « self-ionisation ? » On concevra facilement que toute modification de pression, de température, de solubilité, toute adjonction de courant électrique extérieur, puisse venir apporter une perturbation dans cette ionisation indifférente et lui imprimer une direction qui pourra être calculée et déterminée, et suivant l'intensité de la pression et du courant électrique et suivant le degré de température et de solubilité.

Voilà donc une eau minérale dont nous connaissons la composition chimique et la thermalité. Cette eau est en état d'ionisation. Qu'un courant électrique de 30 milliampères, par exemple, vienne à la traverser, chacun des ions, chargé de son électron positif ou négatif, va aller se libérer de sa charge vers le pôle du nom contraire :

Les ions *métaux* se rendant à l'électrode négative ;

Les ions *métalloïdes* se rendant à l'électrode positive.

Ils iront avec une vitesse égale à X.

Mais que notre courant atteigne 60 milliampères, que l'adjonction d'une nouvelle solution plus chaude élève notre T de 10°, les conditions deviennent plus favorables, l'électrolyse est accrue, la vitesse des ions égale X^1, X^2, etc.

De l'avant-dernière remarque, nous déduirons immédiatement une conclusion pratique. Chez un syphilitique saturé de Hg, comme il nous arrive d'en voir fréquemment à Barèges, ce Hg, ion négatif (ou cation, c'est-à-dire, se dirigeant vers l'électrode négative) *va se déposer* au niveau de cette électrode, tandis que les métalloïdes de l'eau, les anions (se dirigeant vers l'électrode positive) vont abandonner l'eau pour pénétrer à travers le corps. La cure de l'hydrargyrisme, par les eaux sulfurées, revêt, dès lors, une base scientifique.

Vraisemblablement les phénomènes doivent être plus complexes, car le corps humain n'est pas une solution homogène, et tel *ion* qui, peut-être, le traverse de part en part, verra son voisin arrêté dans sa marche, tandis que tel autre ne dépassera pas la peau. Celle-ci, du reste, qui, suivant Nogier, est un *piège à radiations solaires*, nous paraît devoir être un *véritable piège à ions*, puisque, pour beaucoup d'auteurs, ceux-ci ne traversent guère l'épiderme.

Comment, dès lors, expliquer l'action des eaux thermales par la pénétration des ions ? Ceux-ci, d'après les auteurs, prennent volontiers les orifices glandulaires comme voie de pénétration.

Or, si l'on considère que tout ion chargé d'électron va se libérer de celui-ci dès qu'il trouvera une charge de nom contraire et d'un potentiel différent, on devine la révolution dont devient le théâtre l'acinus glandulaire : cette désintégration de l'électron vis-à-vis de son ion, mais c'est un dégagement formidable d'énergie, une production de calorie, une suractivité de circulation, que sais-je encore ? .... Car voici que Mayer et Schaeffer (1) reculent bien loin le problème par leur « *théorie des équilibres cellulaires.* » A quelles lois va obéir la cellule par rapport à son milieu ? Comment vont réagir les unes sur

(1) Nous avons puisé ces renseignements dans les ouvrages de Delherm et Laquerrière : « Ionothérapie électrique » et « Electrothérapie clinique. »

(1) *La Nature*, Les constantes cellulaires, avril 1914, p. 316.

les autres *la force électromotrice, la pression osmotique, la pression d'imbibition, la solubilité* ? et nous ajouterons : que vont devenir force électromotrice, pression osmotique, pression d'imbibition, solubilité, en présence de l'ionisation de *l'eau sulfurée vivante*, milieu biologique si complexe et si mystérieux encore ? Les travaux de Le Duc ont bien prouvé la pénétration de l'ion médicamenteux dans le corps humain. L'analyse d'urine, où l'on a décelé des corps non existants avant l'expérience, est la preuve irrécusable de la réalité des phénomènes.

Comment réaliser, en pratique, ce transport d'ions ? Nous ne nous occuperons ici que de l'ionothérapie de l'eau thermale. Rendons tout d'abord hommage à nos confrères militaires qui, sous la direction de M. le Dr Sanglé-Ferrière, médecin principal, directeur de l'hôpital militaire de Barèges, se sont les premiers occupés de cette intéressante question.

Le dispositif en est des plus simples et chacun peut l'organiser très facilement. Il nous a paru plus pratique de faire des enveloppements de la région à traiter que de placer ces mêmes régions dans un bac contenant l'eau minérale. Si ce dernier mode offre beaucoup de commodités pour le poignet, le coude, le pied, il n'en est pas de même pour le genou, la hanche, l'épaule ; aussi prenions-nous une couche de coton hydrophile que nous faisions assez épaisse, que nous imbibions, d'abord, d'eau thermale (source Tambour, 43°, la plus active). Cela fait, enveloppement de la partie à traiter, puis imbibition, chaque 5 minutes, avec l'eau de Tambour, maintenue à la température du griffon, au moyen d'un bain-marie

Ce pansement était relié à la cathode afin de faire pénétrer les métalloïdes actifs, soufre, silice, oxygène. L'anode, imbibée d'eau légèrement salée, chaude, était apposée, habituellement, dans la région interscapulaire.

La source de courant peut être soit une pile de Chardin ou Gaiffe, ou toute autre, donnant de 30 à 50 milliampères, soit le courant continu du secteur, avec rhéostat. Les *piles transportables* ont l'immense avantage de permettre à un malade impotent de bénéficier de cette méthode et d'être traité à son domicile.

D'une façon habituelle, nos malades supportaient une intensité de courant de 15 à 25 milliampères et cela, pendant 20 à 30 minutes. Chez les uns, la douleur, la rubéfaction, étaient assez vives ; chez d'autres, au contraire, la réaction objective ou subjective était peu marquée. Cette catégorie était de beaucoup la moins nombreuse.

Une remarque intéressante au point de vue pratique : chaque fois que nous appliquions l'ionothérapie chez des malades qui *venaient de prendre leur bain*, qui se trouvaient ainsi imprégnés d'eau sulfurée, leur peau étant vraiment dans un état d'imbibition considérable, l'action du courant se manifestait beaucoup plus vite, la conductibilité nous paraissait aussi être augmentée.

N'y aurait-il pas avantage à imprégner les *deux électrodes* d'eau sulfurée ? A notre avis, nous répondrions affirmativement, car l'eau sulfurée de Barèges, aussi bien que celle de Cauterets et d'Enghien, etc., est constituée, d'après Garrigou, non seulement par des sulfures et par des sulfites, des hyposulfites et des sulfates, mais aussi par des métaux tels que le Fer, le Manganèse, le Lithium, l'Arsenic, le Cuivre, décelés depuis longtemps, et tel que l'Argent, l'Etain, le Gallium, le Germanium, le Molybdène, que viennent, tout récemment, d'étudier MM. G. et J. Bardet.

Mais si les uns sont des anions, les autres sont des cations, et il y a avantage à les faire pénétrer, et les uns et les autres, puisque métalloïdes et métaux, communs et rares, ont une action indéniable sur l'économie des tissus. Dans leur rapport au dernier *Congrès de Madrid* (octobre 1913), MM. Bardet, ont émis, à juste titre, l'hypothèse que ces métaux rares pouvaient jouer un rôle de premier plan, dans l'action des eaux minérales. Quoi qu'il en soit leur étude a fait pénétrer plus avant dans la connaissance de cette thérapeutique, encore si mystérieuse de l'eau thermale, et elle a donné un appoint considérable à l'ionothérapie qui nous occupe ici. De même que pour l'héliothérapie, *les malades ont été, à eux-mêmes, leurs témoins.*

Autant que nous avons pu en juger, parmi les ankyloses obtenues pour des causes semblables, fracture de la rotule, pour le genou ; tumeurs blanches, pour le coude ; fractures bimalléolaires, pour l'articulation tibio-tarsienne ; paralysies infantiles (*affection que l'on envoie de plus en plus à Barèges*), — les unes, qui ont subi 10 à 15 séances d'électro-ionothérapie, concurremment au traitement thermal habituel, les autres qui n'ont subi que ce dernier, — les premières ont accusé, beaucoup plus rapidement que les secondes, une amélioration marquée. Les observations de MM. Baraílhé et Cruzel, médecins militaires, sont analogues aux nôtres.

Les lettres reçues, tout dernièrement, de malades ou de leurs médecins traitants, permettent de considérer *comme guéris* certains malades qui, jusqu'ici, avaient paru peu bénéficier du traitement sulfuré.

Nous savons combien il est difficile de donner des preuves décisives de la valeur thérapeutique de telle ou telle méthode. Les insuccès retentissants, venus après une vogue qui semblait cependant justifiée, nous rendent circonspects. Pour nous, l'intérêt de nos malades nous fera regarder l'électro-ionothérapie de l'eau minérale comme *un précieux adjuvant* que nous pratiquerons autant qu'il nous sera possible, mais nous continue-

rons à perfectionner, surtout, le *mode d'application balnéo-thermal* qui, entre les mains de nos pères, avait produit, déjà, de bien remarquables résultats cliniques.

III

Agents moraux.

Pas de thérapeutique sans psychothérapie.

A quelque affection que nous ayons affaire, accordons toujours une part considérable à l'élément moral. « *Le cœur physique est doublé d'un cœur moral* », aimait à redire PETER.

Toute lésion *organique* retentit (peu ou prou) sur l'*inorganique*. Plus une affection est chronique, plus le malade en est assombri. A moins que, et rares sont ceux-là, la volonté ne se soit accrue devant la gravité, la pérennité du mal !....

Il n'est donc pas indifférent que, dans toute cure thermale, après avoir gagné la confiance de nos malades — ANDRÉ THOMAS nous en indique les moyens — nous nous efforcions de les mettre dans des conditions telles que la cure puisse obtenir son plein effet.

Savoir sérier les distractions, ordonner telle ou telle promenade, ou telle excursion, pouvoir obtenir le coucher de bonne heure en supprimant les veilles énervantes du jeu, doser aussi, pour les jeunes filles, pour les jeunes femmes, névrosées, utérines, dysovariennes, entérocolitées, le plaisir du bal ou du flirt.....« *De minimis curat medicus* ! » Que de fois le professeur Landouzy a répété cette phrase à son auditoire et combien on la trouve exacte en pénétrant plus avant dans la clinique thermale !

Le calme de la montagne, les vastes horizons reposants, la suppression de la vie trépidante, une distraction qui ne devienne pas une fatigue, le repos de l'esprit, la cessation des affaires !

Cette halte physique et morale convient merveilleusement au traitement de l'affection chronique que l'on s'est donné à tâche de traiter.

Parmi tous ces adjuvants, agents directs et indirects, agents moraux, au médecin de choisir celui qui conviendra le mieux à son malade, celui qui sera le plus adapté non seulement à son genre de maladie, *mais encore à sa situation sociale*, car bien souvent, dans nos prescriptions, il semble que nous n'ayons en vue qu'une catégorie de clients.

Sur ce « clavier » de la physiothérapie, qu'il faut savoir manier avec une grande sûreté de touche et une grande délicatesse de doigté, il importe également de savoir jouer avec âme, nous voulons dire de toute notre âme.... en donnant le réconfort moral qui suppléera souvent à notre impuissance : il faudra toujours que le praticien pénètre plus avant et dans la connaissance des indications de la physiothérapie et dans la connaissance de son malade. La thérapeutique clinique n'est-elle pas, en médecine thermale, comme en médecine générale, L'ŒUVRE PATIENTE ET RÉFLÉCHIE DE LONGS JOURS ?...

LES MALADIES NERVEUSES

L'hystérie et son traitement,

Par le Dr P. SOLLIER

(2e édition. F. Alcan, édit.)

Je viens de lire la deuxième édition de cet ouvrage, dont j'ai donné, lors de sa première apparition, en 1903, une longue analyse dans le *Concours médical* (1).

J'ai pris, à cette lecture, un plaisir et un intérêt extrêmes. J'y ai apporté aussi un vif sentiment de curiosité. C'est qu'en effet, au cours des dix années qui se sont écoulées depuis que Sollier a, pour la première fois, fait connaître au public médical la méthode qu'il emploie pour traiter et guérir l'hystérie, des événements nombreux se sont passés dans le domaine des sciences psychologiques, dont certains ont présenté un caractère quasi-sensationnel. Nous avons notamment assisté à ce qu'on a appelé le démembrement de l'hystérie, par Babinski, et à l'éclosion de la théorie pithiatique, dont ce savant neurologue est l'auteur.

Nous avons également vu naître et se développer la théorie de Freund — la psycho-analyse — dans laquelle l'auteur fait jouer à la sexualité un rôle si prépondérant, aussi bien dans la formation que dans la déformation de la personnalité.

J'étais donc curieux de savoir comment Sollier appréciait ces nouveautés, d'aspect presque doctrinal, si ses propres conceptions s'en trouvaient modifiées, dans quelle mesure il accommodait les unes et les autres, si, enfin, son expérience acquise et renforcée par dix années de pratique avait pu apporter quelque changement à une pathogénie et à une thérapeutique de l'hystérie qui lui sont toutes personnelles.

Je le dis sans plus attendre : je n'ai pas été déçu, et j'ai retrouvé, dans les nouvelles pages de la deuxième édition, une puissance d'argumentation, une finesse de critique, une acuité d'observation, une justesse d'interprétation, qui me furent jadis particulièrement familières. Et je suis sorti de ma lecture plus convaincu peut-être encore du fondement solide, de la base, — oserai-je dire inébranlable ? — sur quoi Sollier a assis sa doctrine.

---

(1) *Concours Médical*, 1903, n° 12, p. 130.

On sait que cette doctrine se flatte d'être essentiellement physiologique, en opposition avec d'autres théories qui revendiquent surtout l'épithète de psychologiques. Elle définit ainsi l'hystérie : *un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent, des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent, suivant les centres atteints, par des manifestations vaso-motrices ou trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et, suivant ses variations, son degré et sa durée, par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu.*

A cette définition, proposée en 1897, Sollier n'apporte, en 1914, aucune modification.

Donc, le substratum de l'hystérie, c'est un engourdissement, un sommeil plus ou moins étendu et plus ou moins profond des centres nerveux. Que si l'on demande de quelle sorte est ce sommeil, cet engourdissement, l'auteur répond avec à-propos et justesse qu'il faudrait d'abord définir ce qu'on entend par le sommeil normal. Mais quand, en employant des excitations analogues à celles qui sont utilisées pour déterminer le réveil, on fait sortir les sujets d'un état pathologique particulier, en même temps qu'ils présentent les réactions du réveil normal, le moins qu'on puisse dire de cet état pathologique, c'est que c'est du sommeil, le moins qu'on puisse dire de ces sujets, ainsi réveillés, c'est qu'ils dormaient.

Ce qui traduit objectivement cet engourdissement des centres nerveux, c'est l'anesthésie. Le critérium du réveil est précisément la disparition de l'anesthésie et le retour de la sensibilité normale.

Toute la méthode de Sollier dérive de ces données primordiales. Mais sa mise en pratique demande certaines conditions indispensables, dont la première est le plus souvent l'isolement du malade, sous la surveillance directe et ininterrompue du médecin traitant. Et, par isolement, on entend uniquement la soustraction de l'intéressé à son milieu et à son entourage habituels.

Comment on réalisera cet isolement ; comment on se comportera vis-à-vis des malades, pour leur donner confiance et les bien tenir en main ; pourquoi on n'aura pour ainsi dire jamais de raisons de leur prescrire des médicaments ou de pratiquer des interventions chirurgicales ; autant de points qui sont copieusement traités par l'auteur.

La disparition de l'anesthésie est obtenue par une mécanothérapie déterminée, consistant essentiellement en gymnastique d'opposition et en mouvements forcés. En effet, la sensibilité articulaire est la dernière à disparaître ; c'est également celle qui reparaît la première, et assez facilement. Il suffit donc d'imprimer aux jointures d'un membre anesthésique des mouvements forcés de torsion, de flexion, d'extension pour provoquer de la douleur, signe du retour de la sensibilité, laquelle se propage ensuite de proche en proche.

Ces exercices de mécanothérapie s'appliquent aussi aux viscères atteints d'anesthésie, et dont il est possible de rappeler la sensibilité, tels l'estomac, les poumons, etc.

Il se fait alors une sorte de déclanchement, en vertu duquel les malades présentent une succession de réactions dénotant le retour de la sensibilité, et par conséquent le réveil du cerveau.

A cette restauration partielle de la sensibilité, qui suffit dans les cas légers ou récents, on ajoutera, dans les cas graves et anciens, le réveil cérébral, obtenu dans l'hypnose. L'hypnose résulte d'ailleurs ici de la seule occlusion des paupières, qui sépare le sujet du monde extérieur et lui permet de concentrer toute l'attention dont il dispose encore sur le travail, — c'est le terme consacré —, qu'il doit accomplir. Les grands hystériques dorment, en effet, même quand ils ont les yeux ouverts, car ce sont des vigilambules.

On assiste alors à une évolution de la personnalité du malade des plus curieuses, et qui est caractérisée par une régression de cette personnalité jusqu'au moment où l'affection a débuté, puis par une progression en sens inverse. De telle sorte qu'il se fait une soudure intime entre tous les états de conscience qui résultent des différents degrés de fonctionnement des centres nerveux, à tel ou tel moment, aboutissant à l'unité normale de cette personnalité, de cette conscience, et coïncidant avec la guérison.

Telles sont, très rapidement schématisées, les lignes essentielles de la méthode de Sollier. Si j'en parle avec tant de faveur et de foi, c'est qu'il m'a été donné — ayant eu le grand avantage de travailler deux ans aux côtés de son auteur — d'en vérifier personnellement l'excellence et d'en contrôler les résultats ; c'est aussi que, personnellement, j'ai eu l'occasion de l'appliquer et que j'en ai obtenu les plus grands bénéfices.

L'hystérie est, à cette heure, très répandue, soit qu'elle existe d'une façon pour ainsi dire latente, comme une sorte de tempérament qui donnera une physionomie spéciale aux manifestations physiques ou psychiques des intéressés, soit qu'elle se traduise par tel ou tel symptôme dominateur : attaques, contractures, spasmes, anorexie, etc.

Les praticiens sont intéressés à savoir la dépister en toutes circonstances, l'avenir des malades dépendant souvent d'un diagnostic exact précocement fait.

Nous ne saurions trop leur recommander la lecture, très attrayante, de l'*Hystérie et son traite-*

ment. Ils en tireront le plus grand bénéfice et complèteront leur instruction sur un chapitre de neuro-pathologie dont ils ont souvent l'occasion de rencontrer des justiciables.

G. DUCHESNE.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Le pronostic de la tuberculose par la réaction de Moriz Weisz.

On sait que la technique de cette réaction est très simple. On dilue l'urine à examiner avec une ou deux fois son volume d'eau et on la répartit dans deux tubes à essai dont l'un servira de témoin ; on ajoute avec un compte-gouttes trois à cinq gouttes d'une solution de permanganate de potasse fraîchement préparée, et on agite légèrement de façon à diffuser le colorant dans le tiers supérieur du liquide. La réaction est positive lorsqu'il se développe une belle *teinte jaune d'or persistante*.

M. P. COURMONT vient de faire sur ce sujet une communication publiée dans la *Revue Internationale*, dont voici les conclusions :

1° La réaction de M. W. cherchée avec les précautions indiquées paraît absente chez les sujets sains, et très rare (sinon absente) chez les non-tuberculeux. Nous ne l'avons personnellement pas rencontrée en dehors de la tuberculose.

2° Nous ne l'avons jamais observée chez les tuberculeux pulmonaires ou autres (peu avancés), 3 cas ; elle peut manquer chez certains phtisiques à la dernière période.

3° Elle peut disparaître lorsque le malade s'améliore ou guérit (pleurésies).

4° Mais, en somme, elle s'observe surtout dans les cas de phtisie de pronostic fatal à bref délai, quelques jours à quelques mois ; elle apparaît parfois très rapidement lorsque l'état général s'aggrave.

Sa valeur pronostique est réelle.

BIBLIOGRAPHIE

La stomatologie indispensable aux médecins-praticiens. — Théodore RAYNAL. 1 vol. in-8 de 411 pages avec 244 figures. Cartonné 9 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris.

Le livre que publie M. Th. Raynal se distingue, par une particularité rare, de beaucoup d'ouvrages médicaux : c'est un livre utile.

J'entends indiquer par là que M. Raynal, faisant ainsi exception à une règle générale et fâcheuse, a écrit son livre non pour lui-même, mais pour les lecteurs. Voilà déjà une originalité.

Je crois, de plus, que ce petit traité était *nécessaire*. Savez-vous comment on obture les dents, comment on les restaure, ou même comment on les examine ? J'ignorais presque tout cela avant d'avoir lu l'ouvrage de M. Raynal, et j'éprouvais parfois quelque embarras lorsque je devais répondre à certaines questions sur ce point. Et comme je n'aurais jamais eu le courage d'aborder les grands traités de stomatologie, je suis heureux qu'un spécialiste autorisé ait eu l'idée de condenser les notions essentielles de son art en un petit volume bien illustré, bien divisé, sans digressions théoriques. Me voilà donc en état de ne plus scandaliser les profanes par mon ignorance en dentisterie.

L'utilité de ce traité est beaucoup plus évidente encore pour les médecins praticiens exerçant dans les petites villes, les médecins maritimes ou coloniaux, que leur isolement force à pratiquer certaines petites interventions dentaires. Ils trouveront dans le livre de M. Raynal des indications précises, faciles à saisir, et rendues plus nettes encore par les gravures très nombreutct qui accompagnent chaque chapitre.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'anatomie et à la pathologie élémentaire des dents. Viennent ensuite les notions nécessaires au médecin non spécialiste (exploration de la bouche, extractions, hygiène buccale, etc.) et enfin un aperçu rapide de la dentisterie opératoire (obturation, prothèse, etc.). On trouvera, en outre, dans cet ouvrage, un formulaire complet, et un chapitre de « consultations » stomatologiques qui rendront les plus grands services.

L'ouvrage de M. Raynal est fort bien écrit et composé. La façon dont il est présenté par l'éditeur est également remarquable. Son caractère pratique, sa richesse en figures, le souci de clarté et de précision dont il témoigne, le recommandent à l'attention des praticiens. Parce qu'il répond à une nécessité véritable, il sera certainement accueilli avec faveur par tous ceux à qui il est destiné.

Dr J. FIOLLE.

CORRESPONDANCE

A propos des tarifs d'honoraires.

Dans sa dernière réunion l'association des médecins de X., dont je suis secrétaire, a décidé d'étudier la question du relèvement des tarifs médicaux. Le *Concours médical* s'occupant particulièrement des questions d'intérêts professionnels du Corps médical, vous devez connaître la question à fond et savoir quels sont les règlements et tarifs les plus suivis en province. Vous seriez bien aimable de me communiquer quelques-uns de ces règlements et tarifs, je parle de ceux qui sont applicables et appliqués et non de certains règlements fantaisistes tellement surélevés qu'ils sont inappliqués parce que inapplicables

Réponse.

Le *Concours médical* s'est en effet très activement occupé, dernièrement, de la question des tarifs médicaux. Son Conseil de direction a constitué une Commission qui a élaboré un tarif raisonné, que nous tenons à votre disposition moyennant une somme de trois francs.

Ce tarif, méthodiquement établi, constitue un ensemble d'indications des plus utiles : il précise quels devraient être, en toutes circonstances, les honoraires médicaux. Mais, il y a des considérations de lieu, d'opportunité, etc., que nous ne pouvons pas apprécier. C'est aux groupements professionnels régionaux à s'en inspirer pour dresser leur tarif régional.

Le tarif du *Concours* a été publié intégralement dans l'Agenda-memento du praticien donné en prime à tous les abonnés du journal

---

Comment établir un certificat de guérison pour un blessé agricole

J'ai soigné un blessé (accident du travail agricole) à partir du 10 décembre 1913 : fracture du col du fémur.

Depuis fin avril, cet homme a commencé à travailler *un peu* chez son patron, par 1/4 ou 1/2 journée. Il a également travaillé pour son propre compte dans son petit bien.

Le patron (millionnaire) me fait demander par son régisseur de faire un certificat de guérison pour cet homme afin, dit-il, de terminer cette affair

Je suis embarrassé : I. — je ne peux pas certifier que cet homme est guéri et peut reprendre son travail comme autrefois, c'est-à-dire entièrement, puisqu'il ne travaille que lentement, assez péniblement.

II. — Il faut pourtant bien en finir et déclarer que cet homme est guéri de sa fracture

III. — J'ai l'intention de libeller mon certificat

de façon à dire que le blessé peut reprendre son travail, mais un travail modéré. C'est donc laisser encore la question en suspens

IV. — S'il y avait là une Compagnie d'assurances, on pourrait faire expertiser et trancher la question de suite. Mais le patron (par économie, quoique millionnaire) ne s'est pas assuré. Je n'ose pas parler d'expertise : cela aura l'air, aux yeux du patron, d'une mise en demeure, et le pauvre diable de blessé risquera de perdre sa place chez son patron, à laquelle il tient beaucoup.

Que me conseillez-vous de faire ?

Dr C.

Réponse.

Nous vous conseillons tout d'abord de ne pas oublier que, médecin traitant du blessé, vous êtes lié envers lui par le secret professionnel, et que ce n'est qu'à lui-même que vous devez remettre tout certificat que vous établirez à son sujet, pour qu'il en fasse tel usage qui lui semblera bon.

Pour la rédaction de ce certificat, nous pensons que vous devez agir comme s'il était question d'un accident du travail, pour lequel vous rédigeriez une certificat final descriptif.

Indiquez à quelle époque vous fixez la consolidation de la blessure, c'est-à-dire la *guérison opératoire ou anatomique.* Si le blessé est, à votre avis, atteint d'une incapacité permanente partielle de travail, définissez-en le quantum. Sinon, appréciez en toute conscience, si la chose est possible, à quelle époque vous prévoyez que la *guérison fonctionnelle* sera obtenue, en ajoutant que, jusque-là, la capacité de travail temporairement diminuée ne permettra qu'un travail modéré. Enfin, si vous estimez qu'il vous est impossible, dans l'état actuel des choses, de fixer la date de la guérison définitive, dites-le sans hésiter. Le patron sera peut-être alors le premier à proposer l'expertise qui, pour le moment, ne vous semble pas possible à demander.

Vous savez que les accidents agricoles ne sont pas couverts par la loi de 1898-1905 et sont régis par le droit commun. S'il y avait contestation entre le patron et l'ouvrier, celui-ci devrait établir que l'accident qui lui est survenu est dû à une faute de son patron : le tribunal apprécierait alors dans quelle mesure il lui en est dû réparation.

Comment accomplir une période militaire dans un autre corps d'armée.

Etant appelé à faire une période cette année, je vous serai reconnaissant de vouloir bien me dire :

1° S'il est possible de faire cette période dans un corps d'armée autre que celui auquel on est affecté ;

2° En ce cas, quelles démarches sont nécessaires ;
3° Si l'abandon de la solde ne donne pas le droit de choisir approximativement l'époque et le lieu de garnison où on désire être appelé.

Dr P. G.

Réponse

1° Adressez votre demande (en indiquant le corps d'armée et la garnison choisie) au directeur du service de santé du corps d'armée dont vous dépendez. Celui-ci instruira votre demande, la soumettra au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel vous désirez être convoqué. Celui-ci statuera sur votre demande, après avis du directeur du service de santé.

2° L'abandon de la solde vous permettra d'obtenir plus facilement ce que vous désirez.

Modèle de lettre demandant le passage dans l'armée territoriale.

Je serais reconnaissant au chroniqueur militaire du *Concours* de bien vouloir m'établir la copie de la lettre que j'ai l'intention d'adresser au général commandant le *n*e corps d'armée pour demander mon passage dans la territoriale. Voici ma situation militaire : j'ai 36 ans 1/2 : engagé classe 96, médecin aide-major de 2e classe de réserve le 31 décembre 1905, médecin aide-major de 1re classe de réserve le 30 décembre 1912.

A la suite d'une période en 1909, le colonel du corps m'a demandé si je tenais à rester dans la réserve ou à passer dans la territoriale : j'ai opté pour la réserve en exprimant le désir de rester affecté à un corps de troupe : on m'a, bien entendu, maintenu dans la réserve, mais après m'avoir fait passer par le *n*e régiment d'infanterie, et le *n*e d'artillerie à pied, on m'attache à un groupe de brancardiers de la *n*e division d'infanterie.

J'ai 4 enfants (+ 2/3)

Dr L. M.

Réponse.

Voici le modèle de la lettre demandée :

*N*e Corps d'armée.

X..., le.....

Le médecin aide-major de 1re classe de réserve, L. M., domicilié... à Monsieur le général de division commandant le *n*e corps d'armée,

X...

Objet :

Demande de passage dans l'armée territoriale.

J'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien prononcer mon passage dans l'armée territoriale, en exécution des dispositions de l'art. 31 du *Bulletin officiel*, volume 72.

Je suis engagé volontaire de la classe 1896 et j'avais été maintenu, sur ma demande dans la réserve en 1909.

J'ajouterai que je suis également père de 4 enfants vivants (art. 48 loi du 21 mars 1905).

(Signature.)

Adresser cette demande au directeur du service de santé du n^e corps d'armée, en le priant simplement, et sans autres explications, de bien vouloir la transmettre au général commandant le n^e corps d'armée.

Déontologie.

Les consultations par correspondance.

Un docteur diplômé est-il dans son droit, aux points de vue professionnel et déontologique, en donnant, contre rétribution naturellement, une consultation écrite sans voir le malade, mais au vu d'une lettre de ce malade donnant des détails sur l'affection dont il est atteint ?

Si une personne étrangère à la médecine lui remet une lettre semblable, ou plusieurs, ne doit-il pas s'enquérir de l'identité des personnes qui les ont signées et de la façon dont elles ont été réunies dans la même main ?

Dr P.

Réponse.

Un docteur en médecine a évidemment le droit de donner des consultations par correspondance sous sa responsabilité.

Il est parfaitement admis qu'il puisse le faire lorsqu'il s'agit, par exemple, de clients à lui qui lui écrivent au cours d'un voyage ou d'une absence.

Il peut encore le faire, au point de vue strictement légal, lorsqu'il s'agit d'inconnus, mais alors, il s'engage dans une voie dangereuse qui peut être pour lui pleine d'inconvénients et de périls ; et nous sommes d'avis, en pareil cas, que, déontologiquement, il est préférable de s'abstenir.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Emploi de l'acide citrique ou de l'acide tartrique dans le traitement des maladies fébriles. — On en administre, par 24 heures, 20 à 30 grammes en solution dans 300 grammes d'eau. Il faut, pour obtenir un effet, employer ces doses élevées : on peut même aller jusqu'à 40 grammes. Chez l'enfant de dix ans, on donne la moitié, chez l'enfant de cinq ans le quart et au nourrisson 2 à 5 grammes.

Dans les cas normaux ou graves de fièvre typhoïde, les résultats ont été surprenants : diminution de la fièvre et des symptômes physiques, raccourcissement de la durée de la maladie, bénignité du pronostic.

De même dans la fièvre puerpérale. Et encore plus dans la malaria où, après échec de la quinine, la guérison a été plusieurs fois obtenue par la médication acide, seule ou associée à la quinine, comme dans la formule suivante :

Sulfate de quinine..........	1 gr.
Acide citrique..............	12 à 15 gr.
Eau distillée...............	120 gr.

Deux cuillerées à soupe toutes les deux heures.

PALLAIS,

(*Americ. Journ. of trop. diseases.*)

Association de l'ail à la santonine. — Par ce procédé, on introduit dans l'estomac une huile essentielle qui excite la sécrétion acide et diminue l'absorption du médicament : en outre, peut-être favorise-t-on l'action de la santonine sur les vers intestinaux.

La veille au soir et le matin, on fait boire une petite tasse de lait auquel on a ajouté une gousse d'ail coupée en menus morceaux, qu'on a fait cuire ensuite à petit feu pendant dix minutes et qu'on a passé sur un linge fin. Après la seconde prise de lait à l'ail, on donne la préparation suivante, à boire en trois fois, à 5 minutes d'intervalle :

Santonine...................	dose suivant l'âge.
Huile d'amandes.............	5 gr.

Faire dissoudre et ajouter :

Sirop de gomme..............	àà 20 gr.
Eau de fleurs d'oranger.....	

Purgation au calomel, deux heures après.

PÉLISSIER.

(*Journ. de médec. int.*)



Traitement des hémorragies de la délivrance par l'hémostase à la Momburg. — La constriction élastique de la taille se pratique à la hauteur de l'ombilic et de l'intervalle entre la 2e et la 3e lombaires, en faisant autant de tours que l'on peut avec un tube en caoutchouc, enduit de talc, dont on noue ensuite les deux extrémités. On place la malade en position déclive.

Après vingt minutes à deux heures de constriction, on enlève le tube, mais avec une extrême lenteur et après ligature de la racine des membres inférieurs, pour éviter le retour trop brusque du sang.

L. PIERRA et M. FOURNY.

(*Rev. prat. des conn. médic.*)

Traitement prophylactique de l'asthme ordinaire et de l'asthme des foins. — Pour calmer l'excitabilité du système nerveux, on donne :

Chlorure de calcium	4 à 6 gr.
Eau de tilleul	90 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les 3 heures, dans du lait. Continuer la médication quatre à cinq jours.

KAYSER
de Strasbourg).

Traitement de la furonculose du conduit auditif externe. — Après nettoyage, on introduit une mèche, imbibée d'alcool boriqué ou non, qui obture tout le conduit ; mèche de coton s'il n'y a pas de sécrétion, sans quoi mèche de gaze. On la renouvelle chaque jour.

Il ne faut pas manquer d'ouvrir et de vider aussi complètement que possible les furoncles arrivés à maturité

O. A. LOTHROP

Boston med. a. surg. Journ.)

Un nouveau procédé de palpation du foie. — On reconnaît très aisément le bord inférieur de l'organe en faisant mettre debout le patient et en le priant de soulever de terre le talon droit. De la sorte, la moitié droite de la paroi abdonale se trouve relâchée et les doigts de la main qui palpe perçoivent sans difficulté le bord inférieur du foie.

L. N. BOSTON

(*New-York medical Journal.*

A. M.



Échantillon. *Écr.* Dr BOUCARD, 112, Rue La Boëtie, PARIS

PARTIE PROFESSIONNELLE

MÉDECINE SOCIALE

Le rôle social du médecin.

Nos lecteurs se rappellent que nous avons naguère, dans un esprit de discipline que nous inspirait le très réel intérêt porté par nous au Congrès des Praticiens, alors en voie d'organisation, suspendu nos études sur la médecine sociale. Ne voulant paraître ni imposer des solutions qui pouvaient sembler prématurées, ni combattre des conceptions qui ne s'étaient pas encore précisées, nous sommes rentrés dans le rang et avons attendu.

Le Congrès est passé: nous reprenons notre liberté en même temps que la publication de la suite de nos études.

Constatons tout d'abord que le Congrès des Praticiens a confirmé d'une manière éclatante les idées directrices que nous avions émises dès le premier jour.

Nous étions en effet partis de cette prémisse formulée par notre regretté Jeanne dans le dernier article écrit par lui :

Il y a incompatibilité absolue, radicale, inévitable, entre, d'une part, le rôle du médecin traitant librement choisi par l'individu ou sa famille, et, d'autre part, l'exercice d'un mandat de surveillance, de vérification, de contrôle confié, par des tiers quelconques, au médecin traitant contre cet individu ou cette famille.

Or, que dit le Congrès des praticiens ? (1)

1° Que la fonctionnarisation est absolument incompatible avec le bon exercice de la médecine qui exige l'indépendance et la liberté du médecin ;

2° Qu'elle est incompatible notamment avec le *secret professionnel*, qui est à la base même de l'exercice de notre profession et auquel on ne saurait toucher sans ébranler et détruire les assises mêmes de la profession médicale ;

3° Qu'elle est également incompatible avec *le libre choix du médecin*, et avec le *tarif à la visite*, qui constituent la *charte du corps médical*, à l'heure actuelle et le minimum de nos revendications professionnelles.

Qu'il y a lieu en conséquence :

De proclamer l'incompatibilité absolue entre les fonctions de médecin traitant et de médecin fonctionnaire ou contrôleur, le premier n'ayant à s'occuper que de ses malades et ignorant l'administration, le second ne pouvant sous aucun prétexte donner ses soins aux malades et faire par conséquent de clientèle.

Nous avions dit encore que l'Etat, les grandes collectivités, ayant le droit légitime d'exercer un contrôle dans un certain nombre de cas, il fallait réclamer *la création de fonctionnaires, docteurs en médecine, pour avoir la compétence nécessaire, mais n'exerçant pas la profession médicale.*

Le Congrès déclare (1) :

Que l'Etat, les administrations, les grandes collectivités ont un intérêt certain à contrôler la façon dont le service médical est assuré chez eux, dont les lois sociales sont appliquées au point de vue des soins à donner aux malades, mais que les fonctions de médecin traitant et de médecin contrôleur ou fonctionnaire doivent être absolument distinctes et séparées, le premier s'engageant à soigner ses malades d'après les règles normales de la profession, le second prenant l'engagement formel de se limiter à ses fonctions de médecin contrôleur et de ne jamais faire de clientèle.

Nous avions dit enfin que les praticiens ne pouvaient se désintéresser des questions de médecine sociale et que les organes qui, corporativement, les représentent, c'est-à-dire *les syndicats médicaux, devaient dans la plus large mesure être appelés à collaborer à l'application des lois sociales.*

Le Congrès demande encore :

Que soient constituées des commissions locales, départementales, centrales, composées par moitié de délégués de syndicats (syndicats locaux ou fédérations départementales ou Union des syndicats), par moitié de délégués des pouvoirs publics (locaux, ou départementaux, ou centraux) qui auront pour but d'examiner, puis de résoudre dans la pratique les différents problèmes d'hygiène posés par les faits.

La concordance entre les idées que nous avions émises et les conclusions votées par le Congrès des Praticiens est donc absolue, nous tenions à en faire la constatation. Nous n'aurons, en conséquence, plus à revenir sur ces

(1) Conclusions du rapport du Dr Le Fur contre toutes les tentatives de fonctionnarisation, votées à l'unanimité dans la séance du 27 mai 1914.

(1) Conclusions du rapport des Drs Lafontaine et Campinchi sur l'organisation de l'hygiène technique par le Syndicat, votées à l'unanimité dans la séance du 29 mai.

points fondamentaux de l'organisation future, qui doivent être considérés maintenant comme étant hors de discussion.

Avons-nous besoin d'ajouter que nous faisons nôtre, car nous n'avons jamais compris qu'il en fût autrement, la demande qu'il ne soit pas fait de lois d'assistance ou d'hygiène sociales contre l'assentiment des praticiens représentés par l'Union des syndicats médicaux de France ?

C'est donc à l'étude de l'organisation pratique des services de médecine sociale que nous allons nous livrer maintenant. Les principes sont posés — ils ont l'assentiment unanime des praticiens — voyons comment ils pourront être mis en pratique, quelle organisation procédant d'eux donnera les meilleurs résultats et répondra le mieux aux divers intérêts qui sont en présence.

Nous aurons à passer en revue la composition, les attributions et le fonctionnement des diverses commissions ; puis le concours que peut donner le médecin praticien en dehors de toute fonctionnarisation ; enfin le rôle des agents d'exécution et de contrôle dont il est matériellement impossible de se passer.

Notre étude terminée, nous la livrerons à l'examen des syndicats qui seuls ont qualité pour décider au nom du corps médical.

Quel que doive être l'accueil qu'elle rencontrera près d'eux, nous nous inclinerons, car, société d'études, le *Concours médical* ne prétend aucunement imposer ses conceptions ; mais nous garderons la certitude d'avoir posé la question inéluctable sous une forme essentiellement médicale et d'en avoir poursuivi la solution avec le double souci de l'intérêt public et de l'intérêt de nos confrères.

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS

L'eau-de-vie, Poison d'Etat.

(Rapport du Dr Georges BERTILLON.)

Le Dr G. BERTILLON (Seine-et-Oise) expose les grandes lignes de son vigoureux rapport contre l'alcoolisme. Le début de ce rapport montre que là, comme dans toutes les questions d'hygiène, les politiciens et les ministres sont les premiers responsables de la déplorable situation de la France et que les luttes contre l'alcoolisme, la tuberculose et la dépopulation, dont ministres et députés remplissent leurs discours, ne sont pour eux que d'hypocrites artifices et de méprisables plaisanteries.

Au Congrès des 480.000 débitants de boissons en 1912, a écrit le Dr G. Bertillon au début de son rapport, M. Fernand David, ministre du Commerce, prononçait ces paroles :

« Vous êtes, messieurs, *le Rempart de la dignité*
« *nationale*, vous êtes des hommes de progrès et de
« *conservation sociale au bon sens du mot.* A vous doit
« aller la confiance d'un gouvernement qui a cons-
« cience des responsabilités qui lui incombèrent, du
« jour où il assuma la tâche de conduire la France à
« ses lointaines destinées. Je vous considère comme
« *les meilleurs artisans de la prospérité nationale* ! »

C'est en s'inspirant de ces paroles mémorables que le Comité du Congrès des Praticiens a inscrit l'alcoolisme parmi les questions à étudier.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire *in extenso* le rapport de M. Bertillon et les nombreuses citations qu'il emprunte au livre admirable de l'ingénieur Jacquet (1), mais nous ne pouvons résister au désir d'en citer la fin et les conclusions :

« Avant toutes choses chassez l'alcool, et le bonheur entrera dans dix millions de ménages ouvriers.

« Jusques à quand, hypocrites protecteurs du peuple, allez-vous faire des lois d'hygiène vaines et inutiles, alors que vous savez que la peste alcoolique empoisonne et tue ce peuple ; qu'elle arrache aux mères cent fois plus de larmes que tous les plus malfaisants microbes qui font mourir, qu'elle est la plus grande source de douleur des faibles, les femmes et les enfants. Leur souffrance vous importe peu parce qu'ils ne votent pas.

« Alcoolocrates, votre guerre aux microbes est donc un geste trompeur fait pour masquer votre inaction voulue contre le poison national, le poison d'Etat qu'est l'alcool.

« Les médecins praticiens ne seront point dupes de ces giries hygiéniques, à chacune d'elles nous vous répondrons : Alcool, Alcool !

« Qui connaît mieux que nous la misère du peuple ? Qui la voit de plus près ?

« La grande souffrance de l'alcool n'est pas à l'hôpital près de l'ivrogne moribond qui meurt de son vice, victime de sa faiblesse et de votre incurie. La grande souffrance de l'alcool est à son foyer où sa femme et ses enfants, épuisés par une vie de privations incessantes, dépérissent lentement en proie à cette maladie qui s'appelle la faim chronique !

« Médecin des Pauvres !

« C'est le moment, lorsque près du grabat, souvent une toile à sac bourrée de paille, tu sens les insectes

(1) L'*Alcool*, par Louis JACQUET, ingénieur (Masson, édit., Paris).

parasites, qui infectent ce taudis, courir sur ta peau, de ne pas oublier les effets bienfaisants qu'on peut attendre ici de ces nouvelles lois d'hygiène sociale édictées par les mandataires du peuple.

« Alors, tu cours à la Mairie faire ta déclaration de tuberculose pour que, bien vite, l'automobile à formol vienne tuer le microbe.

« Tu as fais ton devoir officiel. Tu n'auras pas d'amende à payer. Es-tu satisfait ?

« A voir ton visage, il ne le paraît pas. Il était triste tout à l'heure, maintenant la révolte y marque la fureur et la colère. Viens avec nous crier aux bergers qui mènent ce peuple à la mort par l'abrutissement :

« Parlementaires, vos lois hygiéniques sont grimaces de parlementeurs.

« C'est du pain et non du formol qu'il faut à ces malheureux. Chassez l'alcool de la maison, le pain y entrera, et pour les petits la joie de vivre sous le ciel de France. »

Conclusions. — Les médecins praticiens des villes ou de la campagne connaissent mieux que personne les maux causés par l'alcoolisme. Ils voient de près les souffrances et la misère qu'il apporte dans les ménages d'ouvriers, surtout pour les femmes et les enfants ; les maladies nombreuses qu'il aggrave ou qu'il provoque, en particulier la tuberculose, la folie, la dégénérescence de la race et aussi l'amoindrissement de la valeur sociale de nombreux travailleurs.

Individuellement, les médecins, par leurs conseils, ne cessent de lutter contre le mal, mais quelle que soit l'autorité de leur influence morale, ils déclarent que leurs efforts resteront impuissants tant que des mesures législatives n'auront pas été prises.

Ils se déclarent incompétents pour indiquer le mode précis de ces mesures, mais quoiqu'ils n'ignorent ni les difficultés de tout ordre, ni les oppositions puissantes qu'elles doivent rencontrer pour leur application, ils déclarent :

1° *Qu'il n'y a pas de danger plus grand pour l'avenir de notre pays que le mal de l'alcoolisme* ;

2° *Qu'en matière d'hygiène sociale, le combat contre l'alcoolisme doit avoir sans discussion possible la priorité sur tout autre, même contre la tuberculose* ;

3° *Que, dans la guerre à l'alcool, qui sera nécessairement très longue, les progrès ne se feront que par étapes successives dont les deux premières à franchir immédiatement sont de toute évidence : la limitation des débits de boissons et la suppression des bouilleurs de cru ; ils considèrent ces deux réformes comme urgentes, nécessaires, mais non suffisantes, l'agitation qu'elles provoqueront dans l'opinion publique devant aider à l'application ultérieure de mesures vraiment efficaces.*

Ces conclusions sont adoptées.

J. N.

L'Assistance médicale gratuite et le Corps médical

Rapport de M. le Dr Rinuy.

Séance du jeudi 28 mai (matin).

Cette séance fut consacrée à l'Assistance médicale gratuite et à l'étude du très remarquable rapport du Dr Rinuy, de Vignacourt.

Interrompu fréquemment par les applaudissements d'une assemblée nombreuse, notre confrère développa les points importants de son rapport.

Il insiste à plusieurs reprises sur l'intervention de la politique qui vient, comme pour beaucoup de lois sociales, fausser le jeu de la loi de juillet 1893 et transformer une loi issue d'un devoir de solidarité en loi électorale.

Les inscriptions sont trop rares ou trop nombreuses, trop rares quand les communes ne remplissent pas leur devoir social, trop nombreuses quand les élus sont trop sous la dépendance de leurs électeurs comme en périodes voisines des élections. Les listes devraient comprendre d'abord les indigents inscrits au bureau de bienfaisance et les personnes sans ressources, alors que souvent, profitant de la tolérance due aux inscriptions d'urgence, on n'inscrit que des malades ; c'est une véritable escroquerie vis-à-vis du Corps médical lorsque les honoraires sont réglés au forfait ou à l'abonnement. Il constate que le libre choix du médecin n'existe pas encore dans 22 départements et est restreint dans beaucoup de départements et qu'en somme on n'a rien gagné depuis 1908 ; il y aurait même un recul pour le paiement de la visite qui existe dans 58 départements au lieu de 60.

Il proteste contre la réduction proportionnelle des mémoires médicaux qui favorise l'augmentation du nombre des visites. Il cite l'exemple de la Somme où la visite, fixée à 1 fr. 25, est tombée, après la réduction, à 0.30.

Il constate que le paiement à la visite avec libre choix n'est pas plus onéreux que le forfait ou l'abonnement, car dans ces derniers cas, le nombre des hospitalisations augmente. Or, tandis qu'un assisté soigné à domicile coûte environ 16 fr., il coûte 95 fr. à l'hôpital.

Il s'élève, en terminant, contre les manœuvres des pouvoirs publics qui laissent au médecin une partie de la charge de la loi sur l'assistance médicale gratuite. Le médecin, comme contribuable, remplit son devoir de solidarité en acquittant ses impôts, il est injuste qu'il paie une seconde fois sous forme de prestations médicales en nature, dans le traitement des indigents, alors que l'Etat lui fait déjà payer de lourds impôts de patente, de locomotion, sans le garantir dans l'exercice de sa profession contre l'exer-

cice illégal et même en fournissant son appui aux collectivités financières et industrielles contre la profession médicale.

Le rapporteur descend de la tribune, salué par les vivats de l'assemblée et les remerciements mérités du président.

Le Dr Prunet (Cher) expose la victoire obtenue par son syndicat. L'assistance médicale était organisée sous le régime des circonscriptions, avec 1 fr. par an et par assisté et 5 fr. par kilomètre annuel et par assisté. Le syndicat réclama le libre choix et le paiement à la visite après avoir reçu les signatures de 65 confrères sur 118 s'engageant à ne contribuer qu'à ces dernières conditions au traitement des assistés.

Le Conseil général passa outre, et les médecins appliquèrent la grève administrative.

Ils refusèrent tout rapport avec la préfecture et s'adressèrent aux maires, réclamant d'eux un engagement écrit pour les soins à donner à leurs administrés.

Le Conseil général dut céder, mais dans la suite, il voulut revenir à l'abonnement. La campagne recommença au nom du syndicat, qui reçut 120 signatures de confrères ; 10 à 12 seulement refusèrent, dont quelques-uns indésirables pour le syndicat.

Le Conseil général dut céder à nouveau. Ce fait prouve ce qu'on peut obtenir par l'union, la cohésion, le bloc médical.

Le Dr Humbel (Seine-et-Oise) vient raconter que la campagne entreprise dans son syndicat n'obtint pas les résultats désirés.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

La Fédération des Syndicats médicaux de Seine-et-Oise a échoué dans la tentative qu'elle a faite pour obtenir du Conseil général la substitution au tarif à l'abonnement d'un tarif à la visite avec indemnité kilométrique.

Cet échec s'est produit malgré les efforts du rapporteur de la commission du Conseil général chargée d'étudier le projet, et bien que cette commission ait émis un avis favorable à la demande des médecins appuyée sur un referendum important.

Le Conseil général a été effrayé par l'inconnu budgétaire et par la crainte que l'indemnité kilométrique ne grève le budget des communes éloignées de la résidence du médecin, communes les plus pauvres en général.

Le docteur Rinuy écrit dans son remarquable rapport :

« Le budget des communes éloignées sera très obéré avec le tarif à la visite, doublé d'une indemnité kilométrique. Il n'y a pas de remède à cet état de choses. »

En pratique, il faut y trouver un remède, et quand un syndicat médical demande à un Conseil général le tarif à la visite avec indemnité kilométrique, il faut, bien que cela ne concerne pas les médecins, que le rapporteur étudie dans son rapport les conséquences financières du projet, ce que nous avons eu le tort de ne pas faire.

Voici, à titre documentaire, le mode de répartition des dépenses proposé par la 4e Commission du Conseil général de Seine-et-Oise.

« On ferait à la fin de l'année un bloc de la dépense totale du service des visites et des déplacements, on diviserait cette somme par le nombre de visites, et on obtiendrait ainsi un prix moyen qui serait multiplié, pour chaque commune, par le nombre des visites faites chez elle à ses malades. La dépense ainsi déterminée serait répartie entre le département et les communes d'après le barême en vigueur pour l'assistance médicale gratuite hospitalière. »

Les conclusions du rapporteur qui résument bien le rapport sont votées à l'unanimité. Les voici dans leur intégralité :

1° La bienfaisance doit être indépendante de la politique.

Le Conseil municipal n'est pas toujours libre, quand il arrête la liste d'assistance : le souci des intérêts électoraux l'empêche parfois de jouir de sa pleine indépendance.

Une Commission mixte composée, mi-partie de conseillers municipaux, mi-partie de membres non soumis à la réélection, présiderait au travail de la confection des listes avec plus d'impartialité.

2° La Commission cantonale d'appel est actuellement un contrôle illusoire ; celle qui fonctionne pour la loi de 1905, jugeant sur pièces (casier d'indigence) et composée de membres plus nombreux et la plupart tributaires du suffrage universel, offre plus de garantie.

Le droit de faire appel à cette commission devrait être accordé au médecin partout où il exerce.

3° La loi d'assistance médicale gratuite n'est pas encore appliquée partout en France en 1914 ;

4° La liste d'assistance doit comprendre *tous* les indigents secourus par le bureau de bienfaisance et s'augmenter temporairement des privés de ressources. Il est fait abus des inscriptions d'urgence ;

5° L'examen du pourcentage des inscrits par rapport à la population et le rapport des malades inscrits permettent de constater l'extraordinaire diversité d'appréciation du devoir d'assistance suivant les communes et les régions. Il y aurait donc lieu d'introduire dans la loi le principe d'un minimum et d'un maximum qui servirait de règle uniforme en France ;

6° L'indigent doit jouir de la liberté de confiance.

Il est indigne d'une démocratie consciente de ses devoirs de lui refuser cette liberté sacrée. Ce principe est inscrit dans la loi de 1898 sur les accidents du travail. Il n'est pas logique de refuser au malade ce qui a été accordé à si juste titre à l'accidenté. Le *libre choix doit être absolu pour l'indigent.*

Le médecin doit avoir la libre pratique : seul le libre choix et la libre pratique lui assurent l'indépendance qui lui est *nécessaire* pour exercer sa profession ;

7° Le seul système qui se concilie avec le libre choix absolu et avec la libre pratique est le système à la visite dit Vosgien.

58 départements l'ont déjà adopté.

C'est le seul moyen de rémunérer le médecin proportionnellement à son travail; avec un contrôle bien organisé, ce serait le système le moins cher.

8° Libre choix et tarif à la visite font l'objet actuellement d'une proposition de loi présentée par MM. H. Maitre et Gilbert Laurent, députés.

Nous devons émettre le vœu que ce projet soit voté le plus rapidement possible.

9° Nous devons repousser tout tarif forfaitaire et tout *tarif d'Etat*. Ce serait l'amoindrissement de notre profession, sa déconsidération à tout jamais et la perte de notre indépendance.

Mais les Syndicats doivent voir ce qui se passe en France et réclamer des améliorations en tenant compte des progrès réalisés autour d'eux.

10° L'hospitalisation, si onéreuse pour les budgets, ne sera diminuée que par une étude méthodique et rationnelle des tarifs médicaux et chirurgicaux à domicile.

Là encore, le tarif à la visite est le seul procédé de réduire les hospitalisations à un strict minimum.

Le contrôle sévère de la qualité des hospitalisés est de plus en plus nécessaire.

11° La progression des dépenses de l'A. M. G. en France est un fait normal, dans l'application d'une loi qui n'est pas encore au point.

L'augmentation des malades, l'insuffisance des tarifs médicaux et pharmaceutiques primitifs, le renchérissement de la vie, l'abaissement du signe monétaire, en sont aussi l'explication.

Les honoraires médicaux n'ont pas triplé comme on pourrait le penser à première vue ; les malades ayant doublé , *cette plus-value n'est que de* 50 % .

12° Les honoraires de l'A. M. G., très loin de payer le médecin, n'arrivent pas toujours à l'indemniser ; il ne saurait donc être parlé d'abus d'une façon générale. Nous ne comptons pas quelques cas isolés qu'il sera toujours possible de réprimer par un contrôle sévère suivi de sanctions.

Les cas isolés ne sont, du reste, que le fait de quelques médecins et pharmaciens, *il y a aussi des abus* d'indigents et de maires.

La principale faute, souvent commise, est de vouloir faire d'une loi d'assistance *une loi électorale*, ainsi qu'en témoigne la fluctuation du nombre des inscrits en temps d'élections municipales.

Si quelqu'un a le droit de parler d'abus, c'est bien le *médecin* dont la collectivité abuse à tout instant et sans mesure.

13° Si l'on veut une loi d'assistance réelle et répondant aux véritables besoins des indigents, il y aura lieu de prévoir des dépenses et des augmentations pour l'avenir. Notamment, nombre de départements ne soulagent qu'une faible quantité d'indigents, d'autres le font très incomplètement.

La conception normale du service d'A. M. G. est que tout assisté soit traité par la collectivité comme un malade payant.

14° Le contrôle est un droit pour la collectivité, il doit s'exercer sur la façon dont la loi est appliquée, sur la qualité de ses bénéficiaires et sur l'emploi judicieux des fonds. A propos des actes médicaux, le contrôle pourra être fait par le bon ou carnet de visite, le bon opératoire et souvent la Commission de contrôle.

Ce contrôle délivrera le médecin des suspicions gratuites dont il est malheureusement trop souvent l'objet.

15° Cette Commission de contrôle est une Commission d'arbitrage. Elle doit être l'expression des divers intérêts en présence et se composer de Conseillers généraux et de délégués des Syndicats médicaux et pharmaceutiques, élus par leurs confrères en assemblée générale.

Le Syndicat, aux termes mêmes des lois de 1884 et de 1892, est seul fondé à représenter le corps médical.

Le seul contrôle réel et efficace sur les actes d'un médecin est celui du Syndicat.

16° La nécessité d'une entente et d'une collaboration entre les Assemblées départementales et le Corps médical représenté par le Syndicat pour l'application de la loi de 1893 s'impose de plus en plus.

Il est donc nécessaire que les Syndicats restent en contact permanent avec l'administration pour pouvoir exposer leurs besoins.

Les Comités consultatifs près les préfets, *alias* commissions de contrôle, sont les intermédiaires désignés naturels.

Notre *conception du service d' A. M. G. est donc l'organisation de ce service avec l'aide des Syndicats* ;

17° Le médecin doit continuer à tarifer les diverses catégories de clients en tenant compte de leur situation sociale.

Il entend que les indigents forment une classe assimilable à celle des ouvriers. Si l'Etat (collectivité) veut payer pour l'indigent, il doit au médecin une somme correspondant au tarif appliqué à cette classe ;

18° Actuellement, nous sommes bien loin de voir ce desideratum réalisé.

La moyenne des honoraires médicaux en matière d'A. M. G., insuffisante partout, est ridicule et dérisoire dans certains endroits. C'est un devoir pour nous d'en demander le relèvement si nous sommes conscients de notre dignité.

19° Le bénéfice de l'article 35 n'a plus aucune raison d'être, il crée ainsi deux classes d'indigents en France. Il ne saurait en tout cas subsister qu'à condition de renfermer l'obligation du libre choix ;

20° *La loi de* 1893 *repose sur le principe de la solidarité. Le médecin en payant ses impôts remplit son devoir de solidarité envers la collectivité.*

La collectivité ne remplit pas son devoir envers le médecin en faisant appel à sa charité et en le laissant supporter seul pour une très grosse part les charges de la loi sur l'A. M. G.

M. V.

Séance du jeudi 28 mai (soir).

Le Dr Jacob (Seine) demande l'application du libre choix aux bureaux de bienfaisance de Paris. Il se plaint que la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris se soit opposée de toutes ses forces à l'essai loyal de ce système, bien que le Directeur de l'Assistance publique de Paris ait solennellement reconnu, dans un banquet de la Société ci-dessus, que le fonctionnement des services du traitement à domicile et celui des consultations des bureaux de bienfaisance étaient loin de remplir dans nombre de circonscriptions les services que l'on serait en droit d'en attendre.

Le Dr Jacob dépose un ordre du jour à ce sujet.

Le Dr Kolbé (Châtel-Guyon) rappelle qu'en Allemagne, on a, par la rédaction de formulaires dont les prescriptions sont économiques, répondu aux reproches des frais pharmaceutiques exagérés que pouvait faire faire inconsciemment le médecin dans l'A. M. G. Ne pourrait-on pas en France rédiger des formulaires analogues ?

Le Dr Rinuy, rapporteur, réplique aux précédents orateurs. Au Dr Jacob, il fait remarquer que la demande de la suppression de l'article 35 dans le 19e paragraphe de ses conclusions doit lui donner pleine et entière satisfaction. S'il ne s'est pas étendu sur l'A. M. G. à Paris et dans les grandes villes, sur laquelle il y aurait certainement beaucoup à dire, c'est que cette étude sortait du cadre qu'il s'était tracé.

Pour la répression des abus dans l'A. M. G. il est persuadé qu'on ne pourra rien contre eux, quel que soit le système que l'on adopte, si l'on **n'a** pas recours à la collaboration du Corps médical organisé.

Le Dr Prunet (Cher) demande l'adoption en bloc des conclusions du rapporteur, y compris celle ayant trait à la suppression de l'article 35, qui ferait rentrer Paris et les grandes villes dans le droit commun et réclamerait pour les indigents de ces villes le droit au libre choix.

Les conclusions du Dr Rinuy sont adoptées à l'unanimité.

Le rôle des médecins praticiens dans la prophylaxie de la tuberculose

Rapport du Dr G. Kuss.

Le Dr G. Kuss, médecin du sanatorium de l'Assistance publique de Paris à Angicourt, était bien l'homme le mieux qualifié pour discuter cette importante question. Son rapport est celui d'un savant qui défend ce qu'il croit la vérité sans se soucier de rechercher l'approbation de ceux à qui il s'adresse. Cette franchise n'était pas pour déplaire aux praticiens congressistes qui aiment à entendre le langage rude de la vérité, sachant ce que valent les flagorneries de ceux qui les flattent avec le désir de les asservir.

Nous publierons le résumé et les conclusions du rapport du Dr Küss, regrettant de ne pouvoir le donner ici en entier :

Résumé et conclusions. — I. — Nous sommes tous d'accord pour déplorer que les pouvoirs publics n'interviennent pas avec une énergie suffisante contre les causes générales qui président au développement de la tuberculose.

Mais cette constatation ne doit pas avoir pour effet d'entretenir parmi nous un fâcheux état d'*inertie médicale* que rien ne justifie.

Il faut, au contraire, proclamer l'*importance primordiale de l'action personnelle des praticiens dans la lutte antituberculeuse.*

Cette importance est journellement méconnue parce que l'esprit des praticiens a été intoxiqué par toutes sortes de préjugés néfastes, répandus par des médecins insuffisamment documentés sur la pathogénie de la tuberculose.

En fait, à l'heure actuelle, le praticien exerce trop rarement, surtout dans la clientèle pauvre, l'influence prophylactique qui devrait être une de ses plus belles prérogatives.

Croyant à l'ubiquité du bacille tuberculeux, il ne lutte pas avec une énergie suffisante contre la contagion familiale, cause déterminante de la majorité des tuberculoses, et il se désintéresse à peu près complètement du dépistage précoce des tuberculoses ouvertes ;

Trompé par de vaines déclamations sur la « prétuberculose » et sur « le terrain tuberculisable », il n'a point l'idée de rechercher systématiquement et de traiter avec persévérance les tuberculoses latentes ou larvées qui sont habituellement, chez l'homme, les premières manifestations curables de l'infection bacillaire ;

Persuadé à tort de l'inanité de ses efforts thérapeutiques, il ne s'attache pas au diagnostic précoce, ni au traitement précoce des incidents révélateurs de la tuberculose pulmonaire et même en présence d'une tuberculose banale des poumons, il se soustrait le plus longtemps possible à l'obligation morale, qui lui incombe, de révéler au malade le diagnostic exact.

Tous ces errements sont à un très haut degré préjudiciables au malade, à l'entourage du malade et à la société.

Il est, en effet, démontré d'une manière péremptoire que l'on peut annihiler le danger de la contagion familiale.

Il est non moins certain que l'on réussit souvent à enrayer le développement d'une tuberculose implantée dans l'organisme.

Par conséquent, l'*action personnelle du médecin doit consister essentiellement dans la prophylaxie antibacillaire au domicile du malade et dans le traitement*

des formes initiales, latentes ou larvées de l'infection tuberculeuse.

II. — Cette intervention des praticiens dans la lutte antituberculeuse ne peut devenir vraiment efficace que *si les pouvoirs publics ont conscience de leur devoir social et collaborent avec les médecins,* en particulier, par l'application des mesures suivantes, d'une évidente utilité ; nous devons insister énergiquement auprès des autorités compétentes pour obtenir :

1° *Que des crédits spéciaux soient votés par les municipalités à seule fin que, dans les familles pauvres, une chambre à part puisse être réservée au tuberculeux contagionnant,* sur la proposition du médecin traitant et après enquête administrative ;

2° *Que les municipalités mettent à la disposition des praticiens des infirmières sanitaires chargées d'exécuter les prescriptions médicales au domicile des tuberculeux pauvres* ;

3° Que dans chaque département on organise un *service public pour la recherche des bacilles dans les crachats,* ces examens devant être faits *gratuitement,* non seulement pour les nécessiteux, mais pour les personnes peu fortunées et *sans aucune autre formalité* qu'une demande signée du médecin traitant et adressée directement au laboratoire ;

4° *Que les praticiens puissent faire appel aux services officiels de désinfection* toutes les fois qu'ils estiment nécessaire de désinfecter les locaux, *sans avoir à fournir aucune explication* et *que cette désinfection soit faite aussi discrètement que possible tout en restant efficace* ;

5° Que la loi en préparation sur les *dispensaires de préservation antituberculeuse* soit mise en application le plus tôt possible, mais *sous la réserve formelle que ces dispensaires seront effectivement des « dispensaires de prophylaxie.* » Il serait utile que leur fonctionnement fût *contrôlé* par un Conseil de surveillance dont feraient partie de droit l'inspecteur départemental d'hygiène (ou le directeur du bureau d'hygiène), un représentant des syndicats médicaux de la région et un membre de la Commission des hospices.

III. — Enfin, comme on ne peut admettre que l'action antituberculeuse des praticiens, de l'assistance et des pouvoirs publics soit entravée par la progression incessante du nombre des cabarets, nous serons, sans aucun doute, unanimes pour *flétrir publiquement le vote récent de la Chambre des députés concernant la suppression de la licence des marchands de vins* et pour demander qu'on ne donne aucune suite à ce projet de loi immoral.

Le Dr Kuss fait remarquer que pour que les praticiens puissent, comme ils le demandent, diriger l'hygiène et la prophylaxie de la tuberculose humaine, il faut, qu'ils aient des idées nettes de sa pathogénie d'abord, et qu'ensuite ils soient secondés.

Il commence par éliminer la question de la déclaration de la tuberculose qui n'est même pas digne d'un examen dans les circonstances où nous nous trouvons. L'exemple de l'Angleterre est instructif. Non seulement les Anglais dans la lutte contre la tuberculose assainissent les villes et combattent efficacement l'alcoolisme, mais ils savent faire de la prophylaxie antibacillaire efficace dans les foyers antituberculeux. Le praticien ne saurait séparer la prophylaxie du traitement lorsqu'il soigne un phtisique. Le point le plus important est de traiter les tuberculoses latentes contre lesquelles malheureusement on ne fait pas grand'chose, qu'on néglige ; l'on ne s'occupe des tuberculeux que lorsqu'ils présentent des symptômes contre lesquels on ne peut rien.

Il faut détruire ce préjugé, cette hérésie dans le cerveau du praticien à savoir : la *croyance à l'ubiquité du bacille de Koch et à sa très grande vitalité.*

Le Dr Kuss déplore qu'on ne recherche pas si la tuberculose est ouverte faute de laboratoires suffisants pour faire de nombreux examens bacriologiques des crachats.

La cohabitation sans précaution prophylactique amène une contagion intensive qui détermine presque toujours des tuberculoses locales latentes.

Les causes sociales, la misère, ont certes une grande action pathogénique, mais cette action du terrain ne se manifeste que lorsque ce dernier est *largement* ensemencé. L'enfant surtout est menacé. Dans les milieux peu aisés ou pauvres, le praticien à lui seul ne peut rien s'il n'est pas secondé. Le crachoir n'est qu'un des éléments de la prophylaxie. Il faut arracher les enfants au milieu délétère créé par le tuberculeux ouvert qui tous les matins, vidant ses bronches, sature de bacilles de Koch l'atmosphère qui l'environne. Donc, il est nécessaire de faire le diagnostic précoce de tuberculose ouverte. L'auscultation ici est insuffisante, il faut lui adjoindre le laboratoire et le laboratoire gratuit mis largement par l'Etat à la disposition du praticien pour les gens peu aisés.

Une fois le tuberculeux ouvert reconnu, il conviendrait de mettre à sa disposition une chambre d'isolement.

Le Dr Malvoz, de Liége, qui a fait de si merveilleux efforts contre la tuberculose, a dit avec raison qu'il ne fallait pas confondre la prophylaxie et la désinfection. Aussi il a institué le moniteur d'hygiène et, ce qui est encore mieux, les infirmières municipales qui vont enseigner au malade à prendre les petites précautions nécessaires et l'empêchent de transmettre la maladie. Trop souvent en France, dispensaire tuberculeux est synonyme de policlinique, ce sont des centres d'éducation hygiénique qu'ils doivent être. Si les dispensaires antituberculeux doivent recevoir des subventions de l'Etat, ils doivent être

contrôlés, et l'État doit s'assurer qu'ils remplissent véritablement leur rôle. Ce contrôle, pour être effectif, doit être entre les mains des médecins syndiqués. Ces dispensaires devraient être placés sous le contrôle d'une commission de surveillance composée du directeur du bureau d'hygiène, du délégué du Syndicat médical et enfin d'un administrateur de l'hôpital qui doit donner asile à l'occasion aux tuberculeux incurables.

Enfin, c'est le praticien qui, selon les cas, en toute connaissance de cause, fera faire, si on le seconde, de la bonne, de l'utile désinfection, toutes les fois que cela nécessaire, sans déclaration et sans bruit.

De longs applaudissements se font entendre quand le Dr Kuss quitte la tribune.

Le Dr Delmont-Bebet, directeur du dispensaire antituberculeux de l'Assistance de Paris, examine le projet de loi pour la création de dispensaires antituberculeux officiels.

Il regrette qu'on y parle de consultations payantes, qu'on y donne accès moyennant de faibles rétributions aux malades aisés. Cela amènera un fâcheux drainage de malades riches et indisposera avec raison le corps médical, tout en nuisant aux indigents et aux malades peu aisés. Il propose que, dans une addition aux conclusions du rapporteur, on proteste contre l'accès de ces dispensaires laissé aux gens aisés et aux mutualistes.

M. Granjux (Paris) insiste pour qu'on arrache les enfants des tuberculeux au milieu familial infecté. Il rappelle les services rendus par la belle œuvre de Grancher. Il montre combien les praticiens concourent aux succès de cette œuvre et signale en particulier le dévouement de notre confrère et ami Boëlle, des Montils, secrétaire du Syndicat du Loir-et-Cher. Il signale la création d'un Comité de patronage des médecins de l'Œuvre qui ont tenu à suivre dans la vie les orphelins qu'ils ont arrachés à la contagion et à leur créeer une famille. Il conclut, aux applaudissements de l'Assemblée, à la subvention large par l'Etat d'œuvres aussi utiles et aussi efficaces.

Le Dr Pathault (Blois) insiste sur l'incompétence des Académiciens, des professeurs de la Faculté, des membres du Conseil supérieur d'hygiène, qui ne voient pas le tuberculeux dans son milieu et se fourvoient, quand ils veulent réglementer la prophylaxie.

Il fait des réserves sur la création d'infirmières municipales. Il signale que dans nombre d'hôpitaux, les tuberculeux ne sont pas isolés et cite en particulier l'hôpital d'Amboise, où la prophylaxie antituberculeuse est nulle comme dans beaucoup d'autres établissements hospitaliers ; d'ailleurs ce serait pourtant eux qui devraient donner l'exemple.

Le Dr Séailles (Paris) expose le fonctionnement du dispensaire du XVIIe arr. de Paris, réservé aux indigents et aux nécessiteux. Ce dispensaire se préoccupe peu des soins médicaux ; on y cherche à dépister la tuberculose, on dirige les malades à temps vers le sanatorium, on dresse les fiches sociales des phtisiques, on leur délivre des crachoirs, des plaquettes indiquant les précautions à prendre. On s'y préoccupe du placement des enfants. On donne des aliments, des secours en argent. On y dresse des enquêteurs, des visiteurs ; on réclame la désinfection quand elle est utile. Après décès, on fait procéder à la désinfection totale du logement. Les logements et immeubles insalubres sont signalés par les soins du dispensaire. Un laboratoire lui est annexé. Une carte des foyers tuberculeux de l'arrondissement a été dressée par ses soins.

Le Dr Leredde (Paris) insiste sur l'importance de la contamination hospitalière. Il émet un vœu en faveur du balayage humide qui le plus souvent n'est pas fait dans les hôpitaux. Il demande qu'on fasse appel aux médecins des hôpitaux qui pourraient, s'ils le voulaient bien, imposer cette mesure.

Le Dr Campinchi (Loir-et-Cher) ne nie pas l'importance du microbe, mais ne veut pas qu'on se borne à ne tenir compte que de lui, qui, à son avis, ne joue pas le rôle le plus important. Il est d'accord avec le rapporteur pour juger la désinfection peu utile et la déclaration inadmissible.

Le Dr Fournier (Asnières) pense que la désinfection obligatoire des appartements après chaque décès et chaque changement de locataires serait une mesure nécessaire.

Le Dr Legras (Vosges) fait remarquer que la femme d'un tuberculeux se contagionne moins souvent que le mari d'une tuberculeuse. L'alcoolisme, le surmenage, peuvent expliquer ce fait.

Le Dr Colaneri (Reims) confirme cette opinion.

On demande la clôture qui est prononcée :

Le Dr Lafontaine (Paris) demande qu'on réserve le 5e vœu du rapport. Il est nécessaire que l'étude du projet de loi sur les dispensaires de préservation vienne en discussion lors de l'examen de la question de l'organisation de l'hygiène par les syndicats.

Sous ces réserves, les conclusions du rapport sont adoptées *à l'unanimité, moins deux voix.*

L'addition de M. Delmont-Bebet ayant trait à la *non-admission des gens aisés et des mutualistes dans les dispensaires de préservation est adoptée à l'unanimité.*

Le vœu de M. Granjux, concernant *la large subvention par l'Etat des œuvres semblables à celle de Grancher, est adopté à l'unanimité.*

Un vœu du Dr *Jacob ayant trait à la taxation des loyers est repoussé par la question préalable à la majorité.*

Un vœu de M. Pathault, en faveur *d'une en-*

quête sur la tuberculose à la campagne est adopté à condition que cette enquête soit faite par les syndicats, comme le demande le Dr Lafontaine.

Un vœu de M. Leredde en faveur du *balayage humide dans les hôpitaux est adopté.*

Le vœu de M. Fournier sur la *nécessité de la désinfection après décès et changement de locataire* est renvoyé à l'étude des syndicats.

Un vœu du Dr Rachet (de Honfleur) confirmant la nécessité de lutter contre l'alcoolisme et déjà voté la veille à la suite du rapport Bertillon est adopté.

L'organisation sanitaire en Allemagne,

(*Suite*).

par le Dr Kolbé (de Châtel-Guyon).

Législation impériale contre les maladies transmissibles

Je crois indispensable de reproduire la loi impériale du 30 juin 1900 concernant la lutte contre les maladies contagieuses, en général, et contre les communément dangereuses, en particulier.

Empire d'Allemagne.

Loi du 30 *juin* 1900 *concernant la lutte contre les maladies communément dangereuses* (1).

Obligation de la déclaration.

Article premier. — Toutes les fois qu'une personne est atteinte ou soupçonnée d'être atteinte d'une des maladies réputées contagieuses : lèpre, choléra, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole, déclaration doit en être faite sur-le-champ à l'autorité de police compétente dans le lieu de séjour ou de décès du malade.

Tout changement de résidence du malade doit être immédiatement déclaré à la police de l'ancien et du nouveau lieu de résidence.

Art. 2. — Sont tenus de faire la déclaration :

1° Le médecin consultant :

2° Le chef de famille ;

3° Toute personne qui participe par profession au traitement ou aux soins du malade ;

4° Celui dans la demeure duquel s'est produit le décès ou la maladie ;

5° Le vérificateur du décès.

Les personnes énumérées sous les paragraphes 2 à 5 ne sont obligées à la déclaration qu'à défaut l'une de l'autre.

Art. 3. — Si la maladie ou le décès se produit dans des maisons de santé, d'accouchement, de détention, hospices ou autres établissements publics, le directeur ou la personne chargée par l'autorité compétente de la direction est seul tenu à la déclaration. Sur les navires ou radeaux, est considéré comme chef de maison le batelier ou le conducteur du radeau ou ses remplaçants.

Art. 4. — La déclaration peut avoir lieu verbalement ou par écrit. La police doit délivrer gratuitement, sur la demande qui lui en est faite, des cartes pour les déclarations écrites.

Art. 5. — Les dispositions législatives des Etats particuliers établissant une obligation plus étendue ne sont pas touchées par la présente loi.

Une décision du Conseil fédéral pourra étendre les règles sur l'obligation de la déclaration à des maladies contagieuses autres que celles énumérées à l'article 1.

Constatation de la maladie

Art. 6. — L'autorité de police, informée qu'une des maladies énumérées à l'article 1 a fait son apparition ou est simplement soupçonnée, doit informer le médecin officiel compétent. Celui-ci doit faire, immédiatement et sur place, des recherches sur la nature, l'état, la cause de la maladie, et déclarer à la police si l'apparition de la maladie a été constatée, ou les soupçons bien fondés.

En cas de nécessité, le médecin peut se livrer à des recherches, sans avoir reçu d'avis de la police.

Dans les localités de plus de 10.000 habitants, les dispositions du paragraphe 1 doivent trouver leur application même quand des cas de maladie ou de décès se produisent dans un quartier isolé de la localité, jusque-là épargné par la maladie.

L'autorité administrative supérieure peut ordonner des recherches sur chaque cas de maladie ou de décès en particulier. Tant qu'elle n'en a pas ainsi ordonné, les recherches ne doivent être faites, après la première constatation du médecin officiel, que de concert avec les autorités subalternes, et dans la mesure seulement où cela est nécessaire pour s'opposer à la diffusion et à la durée de la maladie.

Art. 7. — Le médecin officiel doit, — dans la mesure où il le juge utile pour la constatation de la maladie et admissible sans danger pour le malade, — avoir accès auprès du malade ou du cadavre et procéder librement aux recherches nécessaires. Si un cas de choléra, peste ou fièvre jaune est soupçonné, une autopsie peut être ordonnée par mesure de police, si le médecin officiel le juge nécessaire pour la constatation de la maladie.

Le médecin traitant est autorisé à assister aux recherches, notamment à l'autopsie.

Les personnes énumérées aux articles 2 et 3 sont obligées, sur la demande qui leur en est faite, de répondre aux questions que leur adres-

(1) Reichsges. — Bl., pp. 306 et suivantes,

sent le médecin officiel et l'autorité compétente, sur toutes les circonstances touchant l'origine et la marche de la maladie.

Art. 8. — Si, d'après l'avis du médecin officiel, l'apparition de la maladie est bien établie, ou le soupçon bien fondé, l'autorité de police doit prendre immédiatement les mesures de précaution nécessaires.

Art. 9. — S'il y a péril en la demeure, le médecin officiel peut, avant toute intervention de la police, ordonner les premières mesures nécessaires pour empêcher la propagation de la maladie. Le maire de la localité doit les exécuter. Le médecin officiel doit en donner aussitôt communication écrite à la police : elles restent en vigueur jusqu'à ce que d'autres ordres soient donnés par l'autorité compétente.

Art. 10. — Dans les localités et les districts qu'une maladie contagieuse a atteints ou menacés, l'autorité compétente peut ordonner que tout cadavre soit soumis, avant l'inhumation, à un examen officiel.

Mesures de préservation

Art. 11. — Afin de prévenir la propagation des maladies contagieuses, des mesures d'isolement et de surveillance peuvent être prises en vertu des articles 12 à 21, par ordre de police, tant que dure le danger de la contagion.

Les réclamations éventuelles à propos de ces mesures ne peuvent pas retarder leur application.

Art. 12. — Les personnes malades et suspectes de maladie ou de contagion peuvent être soumises à une surveillance. Une limitation dans le choix du lieu de travail ou de résidence ne peut être valablement imposée qu'aux vagabonds ou aux bohémiens et aux industriels ambulants obligatoires ou habituels.

Art. 13. — L'autorité supérieure peut, pour toute l'étendue ou pour certaines parties de sa circonscription, décider que les voyageurs qui auront séjourné dans des lieux ou districts où sévit une maladie contagieuse, informent de leur arrivée les autorités locales.

Art. 14. — Les personnes malades et suspectes de maladie ou de contagion peuvent être l'objet de mesures d'isolement.

L'isolement du malade doit être tel qu'il ne puisse être en contact avec d'autres personnes qu'avec celles préposées à ses soins, le médecin et le prêtre. Les proches et les personnes officielles ont accès auprès du malade dans la mesure où le commande l'expédition d'affaires importantes et urgentes, et en observant les mesures prophylactiques nécessaires.

Quand, sur la demande de la police, les dispositions que le médecin officiel a jugées nécessaires à l'isolement ne sont pas prises dans la demeure du malade, le transport du malade dans une maison de santé ou autre refuge approprié peut être ordonné si le médecin officiel le déclare indispensable et le médecin traitant possible sans détriment pour le malade.

L'isolement des personnes suspectes de maladie ou de contagion tombe sous les dispositions du paragraphe 2. Cependant, ces personnes ne doivent pas être placées dans le même local que les personnes malades. Les personnes suspectes de contamination ne peuvent être placées dans le même local que les personnes suspectes de maladie que si le médecin officiel le considère comme admissible.

Les logements et les maisons où se trouvent des personnes malades peuvent recevoir une marque distinctive.

Le personnel infirmier peut être l'objet de mesures restrictives dans la liberté de circulation.

Art. 15. — Les administrations locales sont autorisées, dans les localités ou districts atteints ou menacés d'une maladie contagieuse :

1° A faire exercer une surveillance par la police sanitaire et à ordonner les mesures prophylactiques nécessaires pour tout ce qui concerne la fabrication, le maniement, la conservation au point de vue commercial, comme aussi le transport d'objets susceptibles de propager la maladie. Mais l'exportation d'objets de l'espèce désignée ne peut être interdite que dans les localités où sévissent le choléra, le typhus ou la peste et la variole ;

2° A exclure les objets désignés au paragraphe 1 du colportage ;

3° A défendre ou à restreindre les marchés, foires ou autres réunions importantes d'individus ;

4° A soumettre à une surveillance les personnes occupées à la navigation, au flottage ou autres industries de transport, — et à s'opposer à l'embarquement de personnes malades ou suspectes ou au chargement d'objets considérés comme susceptibles de contenir des germes de contamination ;

5° A restreindre, à certaines heures de la journée, les communications avec les bateaux et les radeaux.

Art. 16. — Les jeunes gens habitant des locaux où se sont produits des cas de maladie peuvent être temporairement exclus des écoles et autres établissements d'instruction. Quant aux autres mesures de préservation, les règlements existants dans les Etats confédérés restent en vigueur.

Art. 17. — Dans les localités atteintes ou menacées du choléra, de la fièvre jaune, de la peste ou de la variole, ainsi que dans leurs environs, l'usage des fontaines, étangs, lacs, rigoles, conduites d'eau, comme celui des établissements de bain ou de natation, lavoirs, chalets de nécessité servant à l'usage public, peut être interdit ou restreint.

Art. 18. — L'évacuation totale ou partielle des demeures et édifices où se sont produits des cas de maladies peut être ordonnée si le médecin officiel le juge indispensable. Les habitants qu'atteint pareille mesure doivent obtenir ailleurs, gratuitement, un logement convenable.

Art. 19. — La désinfection des objets et des locaux suspects de contamination peut être ordonnée.

Les bagages et marchandises, en cas de choléra, fièvre jaune et lèpre, ne peuvent être l'objet d'une désinfection que si la supposition de la contamination de ces objets repose sur des circonstances particulièrement bien établies.

Si la désinfection est impraticable ou trop coûteuse, en comparaison de la valeur des objets, la destruction peut être ordonnée.

Art. 20. — Pour combattre la peste, des mesures peuvent être prises tendant à la destruction et à l'éloignement des rats, souris et autres rongeurs.

Art. 21. — Des précautions particulières peuvent être ordonnées en ce qui concerne la conservation, la mise en lieu sûr, le transport, l'inhumation des cadavres de personnes mortes d'une maladie contagieuse.

Art. 22. —Les règlements exécutoires des mesures de préservation prévues dans les paragraphes 12 à 21, en particulier de la désinfection, seront émis par le Conseil fédéral.

Art. 23. — L'autorité compétente pourra mettre les communes ou les corps municipaux en demeure de prendre toutes les dispositions nécessaires à la lutte contre les maladies contagieuses.

Quant aux frais et dépenses, la disposition de l'article 37, paragraphe 2, sera applicable.

Art. 24. — Pour prévenir l'importation de maladies contagieuses venues de l'étranger, l'accès des ports peut être subordonné à l'accomplissement de certaines prescriptions de police sanitaire. Ainsi pourront être prohibées, limitées :

1° L'entrée des bâtiments, servant au transport de personnes ou de marchandises ;

2° L'importation et le transit de marchandises et objets de consommation ;

3° L'entrée et le transport de personnes venant du pays contaminé.

Le Conseil fédéral est autorisés à édicter des règlements sur tous ces points. En tant qu'ils ont trait à la surveillance sanitaire des navires, ils pourront être étendus aux relations entre les ports.

Art. 25. — Quand une maladie infectieuse s'est produite à l'étranger ou dans les pays allemands limitrophes de la mer, le chancelier de l'Empire ou le gouvernement de l'Etat confédéré le plus menacé décidera avec l'assentiment du chancelier quand et dans quelle étendue les prescriptions énoncées à l'article 24, paragraphe 2, seront à mettre à exécution.

Art. 26. — Le Conseil fédéral est autorisé à édicter des règlements sur la délivrance des patentes de santé aux navires sortant des ports allemands.

Art. 27. — Le Conseil fédéral est autorisé à édicter des prescriptions sur les précautions à observer dans les travaux scientifiques sur les agents pathogènes, ainsi que sur leur maniement et leur conversation

CHRONIQUE SYNDICALE

Syndicat Médical de l'arrondissement de Montargis.

Extrait du compte rendu de la séance du 17 mai 1914.

Me Damar expose que les deux affaires en cours ont été jugées et que dans ces deux affaires le Syndicat a obtenu gain de cause.

1° *Affaire femme Bouquin, magnétiseuse* : Condamnation à 200 francs d'amende avec sursis et 50 francs de dommages-intérêts envers le syndicat.

2° *Affaire Lauret, curé d'Ervauville, et Lalœuf, pharmacien à Orléans* : Condamnation à chacun 500 francs d'amende et conjointement et solidairement à 200 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat.

Les frais et honoraires de Me Damar s'élevant à 50 francs pour la première affaire et à 120 francs pour la seconde, c'est donc une somme de 30 francs qui revient à la caisse.

Le Président donne lecture d'une lettre du docteur Meunier, président du Syndicat de Gien, demandant quelle conduite tenir à l'égard de M. Bardin, pharmacien à Gien, dépositaire des produits du curé de Gy, et faisant pour ces produits de la réclame dans les journaux régionaux.

Me Damar estime que le Syndicat de Montargis n'a pas à intervenir contre M. Bardin, dépositaire, mais qu'il peut tenter de nouvelles poursuites contre le curé de Gy qui, malgré ses condamnations antérieures, n'a jamais cessé un seul instant de se livrer à l'exercice illégal de la médecine.

Il est décidé que Me Damar et le docteur Nandrot, vice-président, verront le Procureur de la République de Montargis, pour le prier de faire surveiller, par des agents de la sûreté, les agissements du curé de Gy, et se procurer, s'il est possible, des faits nouveaux de consultations ou soins à domicile ; après quoi, de nouvelles poursuites seront engagées s'il y a lieu.

Le Syndicat de Montargis laisse les confrères

du Syndicat de Gien juges de la conduite qu'ils ont à tenir envers M. Bardin.

Des remerciements unanimes sont adressés à Me Damar, pour le zèle et le dévouement dont il fait preuve dans les affaires qui lui sont confiées et pour les conseils juridiques qu'il veut bien nous donner.

Assistance médicale. — Le docteur Houy, de Corbeilles, s'est plaint de la conduite des maires de certaines communes, tendant à entraver le libre choix et refusant de dresser des listes. Cette réclamation a été transmise par le Président au docteur Le Page-Viger, inspecteur départemental, et notre confrère a obtenu satisfaction.

Les médecins de Ferrières protestent contre la liberté laissée aux médecins de Seine-et-Marne de soigner les assistés du Loiret, alors que les médecins du Loiret n'ont pas celle de soigner les assistés de Seine-et-Marne, et contre ce fait que pour certaines communes, la distance kilométrique ayant été calculée d'après la résidence des médecins de Seine-et-Marne, il en résulte pour les médecins de Ferrières ce fait paradoxal que plus ils s'éloignent de leur résidence, moins ils touchent d'indemnité kilométrique.

Cette protestation, absolument juste et fondée, fut adressée au docteur Le Page-Viger, qui a répondu qu'elle serait soumise à la Commission de contrôle.

Le Syndicat fait observer qu'il avait déjà été demandé que les médecins des départements voisins ne soient autorisés à soigner les assistés du Loiret qu'en cas de réciprocité. Il charge le docteur Naudin, conseiller général, de demander que seuls les médecins du Loiret soient chargés d'assurer le service d'assistance dans le département, auprès de la Commission de contrôle pour que satisfaction soit donnée aux médecins de Ferrières.

Si cette satisfaction ne leur est pas accordée, une nouvelle protestation sera adressée au Préfet et transmise par la Fédération.

Le Président donne lecture d'une lettre du docteur Baillet, lui annonçant que la réunion de la Fédération des Syndicats médicaux du Loiret aura lieu le 14 juin, à 2 heures 1/2 et qu'à midi, un déjeuner confraternel serait offert par le syndicat d'Orléans, qui y invite tous les confrères des autres arrondissements qui voudront bien venir.

La question du stage à demander pour tout médecin créateur d'un poste avant de pouvoir être admis à un service public, sera traitée à la réunion de la Fédération. Le Syndicat de Montargis n'a jamais pris de décision antérieure à ce sujet. La question est donc posée aujourd'hui seulement et résolue à l'unanimité moins une voix, en ce sens qu'un stage d'un an au minimum doit être imposé à tout médecin créateur d'un poste avant de pouvoir être chargé d'un service public.

Observations de certains confrères sur des questions d'ordre syndical et déontologique. — A propos de plaintes émanant de différents confrères, le Président rappelle :

1° Que tout monopole de médecin d'assurances, ou sociétés de secours mutuels est interdit ;

2° Qu'il est interdit à tout médecin consultant de délivrer un certificat à un blessé sans avoir pris au préalable l'avis du médecin traitant ;

3° Que tout membre du syndicat doit s'abstenir de relations professionnelles avec les médecins non syndiqués, sous peine des sanctions prévues à l'article IX des statuts et qui sont : l'avertissement, le blâme, l'amende de 20 à 500 francs et l'exclusion

4° Que le prix minimum de la consultation ayant été fixé à 3 francs, ce prix doit sans aucune exception être appliqué dans toutes les communes de l'arrondissement.

Le Président engage vivement ses confrères à vouloir bien se conformer strictement aux règlements et à toutes les décisions prises par le syndicat.

Questions diverses. — Sur l'avis de Me Damar, le Président recommande à ses confrères de ne jamais accorder aux compagnies d'assurances agricoles de réduction sur le tarif syndical ouvrier, ce qui créerait des précédents fâcheux et, en cas de contestation, pourrait faire établir une jurisprudence contraire aux intérêts du corps médical.

En cas de difficulté pour le recouvrement de la totalité des honoraires, prière de transmettre les notes au président qui, au besoin, les communiquera à Me Damar, en lui demandant la marche à suivre.

— Une demande du Dr Brauman, tendant à faire régler par un agent spécial toutes les notes relatives aux compagnies d'assurances, sera mise à l'étude et portée à l'ordre du jour de la prochaine assemblée.

— Le Dr Denance expose qu'ayant eu l'occasion d'envoyer à l'hôpital de Gien, pour y être opérée, une malade indigente, non seulement il n'a pas été prévenu de l'opération, mais encore s'est vu refuser l'entrée de la salle. Le syndicat proteste énergiquement contre ce manque d'égard vis-à-vis de notre confrère et contre les procédés du chirurgien chef de service et du directeur, contraires aux règles de la plus élémentaire politesse



JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Admission du pourvoi en Cassation contre le jugement du Tribunal civil de Lyon qui repousse le « cumul ».

Par arrêt du 27 mai dernier, la Chambre des requêtes de la Cour de cassation a admis le pourvoi formé, avec le concours de Me Mornard et l'appui pécuniaire du « Sou médical », par M. le Dr Gautheron contre un jugement rendu par la 2e chambre du tribunal civil de Lyon, le 1er mars 1913, et rejetant le cumul du prix de la consultation et du prix des séances de massage ou d'électrisation, par infirmation d'un jugement rendu le 10 février 1911 par le tribunal de paix de Villeurbanne.

Comme tous les arrêts d'admission rendus par la Chambre des requêtes, et au contraire des arrêts de rejet, cette décision n'est pas motivée. Elle n'apporte donc pas de nouveaux arguments en faveur du cumul et n'a même pas pour effet de revêtir de l'autorité de la Cour suprême tous ceux, bien connus de tous les lecteurs du *Concours* que, dès le lendemain de la mise en application du tarif Dubief, la mauvaise volonté des compagnies d'assurances nous a contraints à répéter sous toutes les formes. La parole est actuellement à la Chambre civile de la cour de Cassation, devant laquelle, bien entendu, le « Sou médical » poursuit l'affaire et qui « dira le droit » définitivement sur cette irritante question.

Mais, dès maintenant, nous pouvons dire que le jugement du tribunal civil de Lyon, *seul* de tous les jugements de tribunaux civils sur la question du cumul qui ait été déféré à la Cour de cassation, parce qu'il était le *seul* qui l'eût tranchée dans le sens de la négative, ne saurait plus avoir aucune autorité dans le débat qui se poursuit depuis plus de 8 années.

En effet, l'admission du pourvoi formé contre cette décision signifie que la solution adoptée par le Tribunal de Lyon a paru à la Chambre des requêtes pouvoir constituer une violation du tarif Dubief. Comment, dans ces conditions, les compagnies d'assurances pourraient-elles soutenir que cet unique jugement, ainsi handicapé, si nous osons introduire le langage du sport en matière juridique, doit prévaloir contre les multiples décisions des tribunaux de même ordre qui ont intégralement conservé leur virginité, sans doute à cause de la timidité bien connue des dites compagnies.

Et d'ailleurs, ce n'est pas la première fois, mais bien la seconde, que la Chambre des requêtes, cependant si empressée d'ordinaire à rejeter les pourvois, a vu dans un jugement qui refusait d'admettre le cumul une violation possible du tarif Dubief. Le 30 juillet 1908, Me Mornard et le « Sou médical », déjà nommés, obtenaient de la Chambre des requêtes l'admission d'un pourvoi formé contre un jugement rendu par le juge de paix de Saint-Denis en décembre 1907, qui repoussait le cumul. Malheureusement, la Chambre Civile ne s'était pas encore prononcée sur ce pourvoi quand, dans une autre affaire, soutenue également avec l'appui pécuniaire du « Sou », elle décida qu'un jugement de paix rendu en dernier ressort sur une demande en paiement d'honoraires médicaux pour soins donnés à un blessé du travail n'était pas susceptible d'être attaqué par la voie du pourvoi en cassation. Pour éviter les frais d'une décision qui ne pourrait pas manquer d'être rendue dans le même sens par la chambre civile, M. le Dr Fornel de Burignac, demandeur dans cette affaire, dut, sur les conseils de Me Mornard, se désister de son pourvoi. De sorte que la question est restée entière devant la Cour suprême.

Mais, cette fois-ci, elle sera tranchée définitivement et, nous en avons le ferme espoir, dans un sens favorable aux intérêts du corps médical.

C'est pourquoi nous conseillons à tous les médecins auxquels les assureurs opposeront le refus du cumul, de ne pas s'incliner, de demander judiciairement le paiement intégral de leur note et d'aller en appel, si le juge de paix ne leur donne pas gain de cause, lorsque le montant de leur demande sera supérieur à 300 francs, soit qu'elle ne comprenne qu'une seule note, soit qu'elle groupe les notes de plusieurs accidents à la charge d'un même patron. Lorsque leur procès viendra devant le tribunal d'appel, la Cour de Cassation se sera peut-être prononcée en faveur du cumul, et ils triompheront alors sans conteste.

J. Dumesny.

II

Les fantaisies de la Cour de Cassation dans l'application de la loi sur les accidents.

M. le Dr Vinaver, de Limay, membre du « Sou médical », avait gagné devant le tribunal de paix de Mantes 4 procès en recouvrement d'honoraires pour soins donnés aux ouvriers de 4 patrons, tous assurés à la même compagnie l'Alimentation.

La Compagnie ayant interjeté appel, au nom des patrons, de ces 4 jugements, le Dr Vinaver, soutenu pécuniairement par le « Sou », contesta la recevabilité de ces appels pour divers motifs, et le tribunal civil de Mantes, devant lequel ils avaient été portés, les déclara en effet non recevables par 4 jugements rendus après plaidoiries de Me Gatineau pour le Dr Vinaver.

Dans trois de ces affaires, le montant des notes

d'honoraires était inférieur à 300 francs. Mais les adversaires du Dr Vinaver, ayant opposé devant le juge de paix la prescription d'un an de l'article 18 de la loi de 1898, moyen qui avait été écarté par le juge, prétendaient que, par ce seul fait, ils avaient soutenu que la loi de 1898 était inapplicable et que le juge de paix était incompétent ; d'après cette théorie, l'incompétence du juge ayant été invoquée, même tacitement et indirectement, le jugement aurait été susceptible d'appel.

La Cour de cassation, saisie par les adversaires du Dr Vinaver, auquel le « Sou médical » donna l'appui pécuniaire et le concours de Me Auger pour sa défense, fit justice de ce moyen par l'arrêt ci-après :

COUR DE CASSATION (Chambre civile.)

5 *mai* 1914.

Attendu que le jugement attaqué constate que G., ouvrier au service de Bé., boucher à L., a été victime d'un accident du travail et a reçu les soins du Dr Vinaver ; que ce dernier a fait citer Bé. devant le juge de paix lui demandant : 1° 55 fr. 50 pour les frais médicaux, en vertu de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898 modifié par la loi du 31 mars 1905 ; 2° 300 fr. à titre de dommages-intérêts pour retard dans le paiement ;

Que Bé. ayant invoqué à l'égard des frais médicaux la prescription annale édictée par l'art. 18 de la loi du 9 avril 1898, le juge de paix a rejeté cette exception, à raison d'une reconnaissance de dette et a fait droit à la demande du Dr Vinaver, de ce chef, mais qu'il a rejeté la demande en dommages-intérêts ;

Attendu que Bé. a interjeté appel et que, devant le Tribunal civil de Mantes, pour écarter la fin de non recevoir soulevée par Vinaver et tirée du dernier ressort, il a prétendu qu'en opposant la prescription, il avait soutenu par là même que la loi de 1898 était inapplicable et que le juge de paix était par suite incompétent ;

Attendu que, dans ces circonstances, le tribunal a pu décider que Bé. n'avait pas contesté la compétence du juge de paix ; qu'en effet, en invoquant la prescription, il avait seulement soumis au juge, régulièrement saisi de l'action, un moyen de défense au fond ;

Attendu, d'autre part, que si la demande de dommages-intérêts fondée sur les dispositions du droit commun ne pouvait être jointe à une demande fondée sur les dispositions spéciales et limitatives de la loi du 9 avril 1898, Bé. n'en était pas moins irrecevable, faute d'intérêt, à relever appel, du chef de la compétence, du jugement du juge de paix qui a rejeté la demande en dommages-intérêts dirigée contre lui par son adversaire.

Par ces motifs :

Rejette.....

Cette décision est absolument logique, en même temps que juridique. La partie qui veut décliner la compétence d'un juge doit le faire expressément, et non par un moyen détourné. Il est clair qu'invoquer un moyen de prescription devant un juge régulièrement saisi de l'action, c'est reconnaître formellement sa compétence, et il faut une audace singulière pour prétendre que c'est implicitement la décliner.

Il résulte donc de cet arrêt de la Chambre civile et de deux autres semblables rendus le même jour dans deux autres affaires, que le moyen de la prescription ne saurait à lui seul rendre susceptible d'appel un jugement rendu sur une demande en paiement d'honoraires médicaux pour soins donnés à un blessé du travail

***

Dans la quatrième affaire, la demande du Dr Vinaver comprenait 3 notes d'honoraires, pour soins donnés à 3 ouvriers différents du même patron ; chacune d'elles était inférieure à 300 francs, mais leur total s'élevait à 508 fr. 50.

Le tribunal de Mantes déclara l'appel interjeté contre la décision du juge de paix non recevable par le jugement suivant :

TRIBUNAL CIVIL DE MANTES

5 *mai* 1911.

Le Tribunal, après avoir entendu à l'audience publique du 31 mars dernier Me Bruzeau, avocat, assisté de Me Deveau, avoué de B. et Me Gatineau, avocat, assisté de Me Duclaux, avoué du Dr Vinaver, en leurs conclusions et plaidoiries respectives, le ministère public également en ses conclusions, vidant son délibéré, jugeant en dernier ressort :

Attendu que Bo., boucher à Mantes, est appelant d'un jugement du Tribunal de paix de Mantes, du 22 novembre 1910, le condamnant à payer au Dr Vinaver, la somme globale de 508 francs 50 centimes, pour soins donnés à trois de ses ouvriers, victimes d'accidents du travail, A., le 11 novembre 1908, T., le 30 décembre 1909, les 10 février et 15 juillet 1909 et P., le 11 juin 1909.

Attendu que le juge de paix a qualifié à tort son jugement en premier ressort ; attendu, en effet, que si, aux termes de la loi du 12 juillet 1905, sur les justices de paix, le juge de paix statue en premier ressort au dessus de trois cents francs et jusqu'à six cents francs, même si la somme formant le montant de la demande est composée de plusieurs sommes dont chacune est inférieure à trois cents francs, et, bien que chacune ait une cause distincte, il n'en est pas de même en matière d'accidents du travail ;

Attendu, en effet, que la loi du 9 avril 1898 étant d'ordre public, il n'appartient à aucune des personnes qui entendent s'en prévaloir d'y apporter par un artifice de procédure un changement quelconque et notamment par la jonction de plusieurs affaires d'ac-

cidents du travail distinctes, dont chacune individuellement est en dernier ressort, de les rendre susceptibles d'appel ;

Attendu que dans aucun des 3 accidents à l'occasion desquels le Dr Vinaver a été appelé à donner ses soins aux victimes, le chiffre d'honoraires qu'il réclame n'est supérieur au taux du dernier ressort tel qu'il a été fixé par la loi du 31 mars 1905 ; Que c'est donc à tort que le premier juge ayant statué en dernier ressort, a qualifié son jugement de rendu en premier ressort ;

Attendu par suite que l'appel formé par Bo. n'est pas recevable.

Par ces motifs :

Déclare Bo. non recevable en son appel, l'en déboute,

Et le condamne à tous les dépens.

Mais ce jugement fut cassé par la Chambre civile. Voici l'arrêt rendu dans cette affaire :

COUR DE CASSATION (Chambre civile).

5 *mai* 1914

Vu l'art. 8 de la loi du 12 juillet 1905 qui est ainsi conçu : « .... ».

Attendu qu'aux termes de cet article qui reproduit l'art. 9 de la loi du 25 mai 1838, lorsque plusieurs demandes formulées par la même partie contre le même défendeur, sont réunies dans une même instance, le juge de paix ne peut prononcer qu'en 1er ressort, si leur valeur totale s'élève au-dessus de 300 fr.; qu'à cette règle générale de compétence, l'art. 15, par. 4, de la loi du 9 avril 1898 qui fixe au même chiffre le taux du dernier ressort pour les actions en paiement de frais médicaux, n'a apporté aucune dérogation ;

Attendu que le jugement attaqué constate que le Dr Vinaver, qui avait donné ses soins à 3 ouvriers de Bo., victimes d'accidents du travail, survenus à Mantes, chez leur patron, a fait assigner ce dernier en paiement, pour frais médicaux, de diverses sommes s'élevant ensemble au chiffre de 508 fr. 50.

Attendu qu'en déclarant irrecevable l'appel formé par Bo. contre la décision du juge de paix qui avait accueilli au fond la réclamation de Vinaver, le jugement attaqué a violé le texte de la loi ci-dessus visé.

Par ces motifs.

Casse...

C'est cet arrêt qui justifie le titre inscrit en tête de ce commentaire.

En effet, il contredit l'arrêt rendu par la Chambre des requêtes le 23 janvier 1911 dans l'affaire Dr Michon contre veuve Vachon (*Concours médical*, 1913, n° 37, page 2228). Par cet arrêt, la Cour avait rejeté le pourvoi formé par le Dr Michon (avec l'appui du « Sou médical ») contre un jugement du tribunal civil de Louviers, du 11 janvier 1910, qui avait déclaré non recevable l'appel formé contre une décision du juge de paix de Louviers du 20 octobre 1909, déclarant non recevable la demande principale en paiement de 118 fr. formée par le Dr Michon contre la veuve Vachon pour soins donnés à un ouvrier blessé à son service, et rejetant sa demande additionnelle en 200 fr. de dommages-intérêts.

Attendu, dit l'arrêt, qu'il résulte de la combinaison des articles 2 de la loi du 9 avril 1898 et 15 de la loi du 31 mars 1905, que les personnes qui y sont désignées ne peuvent se prévaloir, à raison d'un accident dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de ces lois ;

Attendu qu'une action en dommages-intérêts fondée sur les dispositions du droit commun, même présentée sous la forme d'une demande additionnelle et comme connexe à une instance engagée dans les termes des dits articles, ne peut être portée devant le juge de paix, qui ne peut en connaître sans changer *la compétence réelle limitativement fixée par cette législation spéciale.*

Il semble bien résulter de ces attendus que la loi de 1898 est, même en matière de compétence, une loi spéciale qui déroge à la loi générale (en l'espèce celle du 12 juillet 1905 sur les justices de paix), en vertu d'un adage de droit bien connu, et la Chambre civile de la Cour de cassation dans le dernier attendu du premier arrêté cité, suit pleinement la Chambre des requêtes dans l'interprétation inaugurée par l'arrêt Michon.

Alors, pourquoi la Cour suprême revient-elle à la loi générale de compétence dans l'espèce de l'arrêt qui précède ? Pourquoi permet-elle de changer la *compétence réelle limitativement fixée* par la loi de 1898 pour un accident du travail en réunissant dans une même instance les notes d'honoraires concernant plusieurs accidents ?

Il y a là, il faut l'avouer, une conclusion illogique, fantaisiste et qu'il y a lieu de souligner, ne serait-ce que pour bien montrer les difficultés que présente l'interprétation de la loi sur les accidents du travail, difficultés dont la Cour de cassation n'a encore tranché qu'une faible partie et, comme nous venons de le voir, souvent sans aucun souci de la logique, ce qui ne permet pas de prévoir la solution qui pourra par la suite être donnée aux questions qui ne sont pas encore tranchées.

En pratique, l'arrêt que nous venons de critiquer pourra souvent être utilisé par le corps médical, puisqu'il permettra, par la réunion des notes relatives à plusieurs accidents survenus dans la même entreprise mais à des dates différentes, de se réserver la faculté de frapper d'appel des jugements de paix que, tout dernièrement encore, sur la foi de l'arrêt Michon, nous considérions comme rendus en dernier ressort.

L. D.



REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **La lutte contre les épidémies dans les garnisons.** — Le ministre de la Guerre vient d'arrêter des dispositions mettant des laboratoires portatifs de bactériologie à la disposition des médecins spécialistes qui sont chargés de procéder, dans les garnisons contaminées, à la détermination de certaines manifestations épidémiques. Les caisses constituant ces laboratoires portatifs seront d'ailleurs aménagées de façon à pouvoir être notablement réduites, suivant les ressources locales des garnisons à visiter. Un local sera toujours mis d'office et d'urgence à la disposition du médecin expert et deux hommes choisis — infirmiers autant que possible — lui seront adjoints ; l'un d'eux devra pouvoir lui servir de secrétaire.

— **Cours de vacances de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).** — Douze leçons pratiques sur la tuberculose osseuse, articulaire et ganglionnaire, par les docteurs Ménard, chirurgien en chef, Andrieu et Calvé, chirurgiens-assistants, du 3 au 16 août 1914.

Pour s'inscrire, s'adresser au Docteur Calvé ou au docteur Andrieu, à Berck-Plage (Pas-de-Calais, France).

L'hôpital maritime de Berck appartient à l'Assistance Publique de Paris ; il contient 1.100 lits et n'est situé qu'à trois heures de Paris.

— **V. E. M. 1914.** — Le Quatorzième voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, maritimes et climatiques de France organisé par le Dr Carron de la Carrière aura lieu du 31 août au 13 septembre 1914, sous la présidence effective du Professeur Landouzy.

Il comprend les Stations des Vosges, du Nord et de l'Ouest de la France.

I. — La ville de Nancy est prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Nancy (gare de la Compagnie de l'Est) toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. — De Nancy à Enghien-les-Bains, les voyageurs visiteront en groupe : Gérardmer, La Schlucht, Bussang, Plombières, Bains-les-Bains, Luxeuil, Bourbonne, Martigny, Contrexéville, Vittel, Mondorf, Saint-Amand, Zuydcoote, Berck, Forges-les-Eaux, Bagnoles-de-l'Orne, Enghien-les-Bains.

Prix à forfait : 300 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage depuis le dîner du lundi 31 août à Nancy jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront le dimanche 13 septembre à Enghien-les-Bains ; trajet en chemin de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Paris à son lieu de résidence, toutes les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire, envoyer :

I. Son adhésion au Dr Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris (8e) : 1° Son nom et son adresse lisiblement écrits ; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 300 francs, au Dr Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, à Paris (8e).

Æsculape. Grande Revue mensuelle illustrée, 41 rue des Ecoles, Paris. Le n° : 1 fr. (Etranger : 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste). Abonn. : 12 fr. (Etranger : 15 fr. Sommaire du n° de mai 1914.

La Mort de l'Impératrice Joséphine (9 illustr.), par le Dr Paul Raymond, prof. agrégé. — La « bonne Joséphine », une des plus gracieuses figures de notre histoire. Sa maladie et sa mort ; le 14 mai 1814, elle prend froid à St-Leu, les jours suivants elle reçoit décolletée, en robe légère, le roi de Prusse, des souverains, des grands ducs ; le 29 mai elle meurt d'une bronchite capillaire prouvée par l'autopsie.

Les femmes enceintes devant le Tribunal Révolutionnaire (5 ill.), par le Dr J. Avalon. — Sous la Terreur, les condamnées qui avaient fait une déclaration de grossesse attendaient leur délivrance avant d'être envoyées à l'échafaud ; le courage admirable de la plupart ; les grossesses simulées ; le cas de la belle princesse Lubomirska.

Guérisseurs et sorciers limousins (9 illustr.), par Michel-Coissac. — Comment on mêle le signe de la croix à l'évocation du diable ; l'envoûtement par l'image réflétée ; l'enclavèlement du loup ; les frères Camus, rebouteux creusois ; le martelage de la rate ; l'envoûtement par le cœur de bœuf.

L'Ecole du service de santé militaire de Lyon (7 illustr.), par le médecin-inspecteur Ch. Viry. — Comment fut créée l'Ecole de Lyon en remplacement de l'ancienne école de Strasbourg. Les compétitions entre les Facultés de Médecine de Nancy, Montpellier, Bordeaux, Lyon.

Mains d'expression (2 illustr.). — L'âme se reflète dans la structure et les mouvements des mains furieuses, crispées, cabrées ; mains mystiques ; mains sensuelles.

Les portraits de Philippe IV d'Espagne par Vélasquez ; leur psychologie (7 illustr.) par le Dr H. Verdier. — La déchéance intellectuelle progressive d'un souverain affaibli et malade d'après les portraits qu'en a laissés Vélasquez ; l'analyse picturale d'un type morbide.

Hercule soulage la faiblesse d'Atlas et charge le ciel sur ses épaules (planche hors-texte) par Franz Floris (XVIe siècle)

Supplément (20 illustr.). — Ste-Claire qui guérit les maux d'yeux. — L'homme normal et l'athlète. — Le tatouage. — Guillotin et la guillotine. — Camille Desmoulins et Lucile. — L'origine du tabac. — La carpe et l'eau tiède. — Sarah et Abraham. « Le Talion » pièce du Dr Henri de Rothschild. — Les deux amis goutteux. — Pour mon médecin (Pascalon). — L'Hôpital vu par les Goncourt. — La vie sans microbes.

Le Directeur-Gérant : **Dr GASSOT.**

Clermont (Oise) — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 26 Dimanche 28 Juin 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Décevantes illusions.

Lorsque le vénérable M. Ribot lut récemment, à la Chambre, sa déclaration ministérielle, il fit, en une phrase discrète, allusion à la lutte à entreprendre contre les maladies contagieuses et pour la protection de la santé publique ; quelques députés de l'opposition se mirent alors à sourire et haussèrent les épaules. Ces manifestations peu parlementaires scandalisèrent, paraît-il, plus d'un de leurs collègues. Certes, nous ne saurions excuser ce manque de courtoisie à l'égard d'un homme, respectable entre tous, qui, dans un but évidemment désintéressé, avait, à tort ou à raison, mis au service de son pays ce qu'une verte vieillesse lui laissait de forces et d'énergie ; mais les gestes ironiques de ceux qui n'ajoutaient pas foi au programme sanitaire d'un cabinet ministériel étaient excusables ; en tous cas ils peuvent s'expliquer.

Pour les uns — et c'est sans doute le plus grand nombre — parler hygiène au Parlement est une vraie perte de temps et les préoccupations sanitaires de nos honorables sont tout au plus bonnes à augmenter le stock des lieux communs de leurs discours. Peut-on, en effet, prendre tout cela au sérieux ? Comment admettre, par exemple, que la lutte contre l'alcoolisme, contre la tuberculose, puisse être menée avec vigueur par un gouvernement où siègent des hommes tels que l'un des ministres actuels, qui, en 1912, étant ministre du commerce, adressait aux débitants de boissons ces mémorables paroles : « Vous êtes, messieurs, *le rempart de la dignité nationale*, vous êtes des *hommes de progrès et de conservation sociale au bon sens du mot*...... Je vous considère comme les *meilleurs artisans de la prospérité nationale* ? »

Nous n'entretenons aucune haine contre les débitants de boissons et en connaissons beaucoup qui sont de parfaits honnêtes gens ; mais entre cette constatation et celle de voir dans le bistro le *rempart de la dignité nationale, l'homme de progrès et de conservation sociale au bon sens du mot* et le *meilleur artisan de la prospérité nationale* il y a quelque distance. Et il est vraiment permis, après cela, de ne pas prendre la parole d'un ministre plus au sérieux que celle des députés de la Chambre défunte qui, quinze jours avant de se séparer, osèrent voter à la presque unanimité la suppression de la licence des marchands de vins. En

vérité, après d'aussi funambulesques constatations, peut-on compter sur les ministres et les parlementaires pour engager une campagne sanitaire quelconque ? Et si un nouveau député, faisant abstraction de la haute personnalité de M. Ribot, a montré quelque scepticisme à l'annonce d'un programme de prophylaxie et d'hygiène dans une déclaration ministérielle, n'est-il pas réellement excusable ?

Mais ce même député irrévérencieux pouvait aussi penser autrement.

Pour entreprendre une campagne sanitaire, pour faire la guerre aux fléaux qui déciment l'humanité, guerre sainte que Voltaire, il y a plus d'un siècle, affirmait devoir se substituer aux conflits entre nations (1),il faut avant tout avoir de l'argent.

Ce n'est pas sans argent (en n'envisageant que la lutte contre la tuberculose) que l'on pourra construire dispensaires et sanatoriums, secourir utilement les malades, les hospitaliser, faire vivre leur famille, envoyer leurs enfants dans des colonies scolaires ou des établissements sanitaires.

Ce n'est pas sans argent qu'ont été organisés en Angletere et dans le pays de Galles plus de 1.800 districts sanitaires urbains ou ruraux, pourvus de *medical officers of health*, médecins inspecteurs dont la plupart n'ont pas le droit d'exercer la médecine pratique et qui sont pourvus d'une autorité autrement étendue que celle de nos pauvres petits directeurs de bureau d'hygiène auxquels trop souvent M. le Maire, dont ils dépendent absolument, donne la consigne de ronfler.

Ce n'est pas sans argent que fonctionne à Londres le *Local government Board*, ce ministère de la santé publique, qui assure un contrôle effectif des actes de tous les inspecteurs sanitaires, provoque la création de dispensaires, de sanatoriums, d'hôpitaux d'isolement, de laboratoires, qui assainit les cités malsaines et a osé en une année faire transformer, *par ordre,aux frais des propriétaires*, 46.990 maisons insalubres.

Ce n'est pas sans argent qu'en Allemagne, comme en Angleterre, on a pu mettre sur pied l'assurance contre l'invalidité et organiser les dispensaires nécessaires (2)

(1) Lire à ce sujet : *L'homme aux quarante écus.*

(2) Lire à ce sujet deux très intéressants articles de M. Edouard FUSTER,professeur au Collège de France : A propos de la lutte antituberculeuse en Allemagne et en Angleterre,in *Tuberculosa*, 10 mai 1914, et *Médecins et Prévoyance sociale* in *Le Parlement et l'Opinion*, 15 mai 1914.

Avec des finances aussi obérées que les nôtres, avec la banqueroute à nos portes, avec un budget de guerre qui s'accroît démesurément chaque année et que l'on ne peut songer à restreindre, avec le gaspillage de nos ressources qui fuient par les fissures sans nombre de toutes nos administrations, sous forme de subventions mutualistes ou autres, n'est-on pas en droit de trouver d'une triste ironie, dans la bouche de personnes sérieuses, la promesse d'exécuter des réformes sanitaires, promesse lue dans une déclaration ministérielle ?

Tous ces beaux plans de défense de la santé publique, tout ce beau programme des dispensaires antituberculeux dont M. Léon Bourgeois exposait éloquemment les avantages au tout récent Congrès de l'alliance d'hygiène sociale, sont tout au plus pour l'instant, en France, des rêves dont MM. les mutualistes sauront utilement s'inspirer pour rafraîchir leurs décors et attirer les adhérents naïfs comme de pauvres papillons vers les illuminations de leurs tréteaux. Mais, quand le spectateur convié aura vu de près et touché la toile décevante, qu'il aura visité les coulisses, compté le numéraire de la caisse, et supputé ce qui, tous frais payés, pourra revenir à chacun, il s'apercevra, hélas ! qu'il n'y a rien derrière et il aura été encore une fois victime.

J. NOIR.

Attribution de la Bourse offerte par la Société des eaux minérales d'Enghien à un abonné du « Concours Médical » pour le V. E. M. 1914.

Procès-verbal.

Le 23 juin 1914, le Conseil de Direction du *Concours médical* s'est réuni pour procéder au tirage au sort du bénéficiaire de la bourse offerte par la Société d'Enghien, pour le V. E. M.

Présents : MM. Gassot, Maurat, Noir, Vimont, Boudin, Boulanger, Dumesny et Duchesne.

Le Conseil constate que 53 candidats se sont fait inscrire. Un numéro d'ordre a été attribué à chacun d'eux. Puis, le tirage au sort a été effectué sur des bulletins en nombre égal à celui des candidats, et portant chacun un numéro, par Mlle Naudon, sténodactylographe du « Sou Médical ».

Le premier numéro sorti a été celui du Dr Guinoiseau, de Saint-Dizier. En conséquence, M. le Dr Guinoiseau a été proclamé boursier du V. E. M.

Dans le cas où M. Guinoiseau se trouverait empêché, un nouveau tirage a été fait dans les mêmes conditions. Le sort a désigné M. le Dr Lassabatie, de Rochefort.

Enfin, et pour le cas où ce dernier ne pourrait lui-même bénéficier éventuellement de la bourse inutilisée par M. Guinoiseau, un second suppléant a été également tiré au sort, qui a désigné M. le Dr de Champeaux, de Lorient.

Paris, le 23 juin 1914.

(*Suivent les signatures.*)

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur CHAUFFARD.

Les syndromes tétaniques.

Nous avons vu, samedi dernier, que les syndromes tétaniques pouvaient relever d'intoxications exogènes (empoisonnement par la strychnine), d'intoxications endogènes (urémie, résorptions toxiques dans la sténose pylorique), et d'intoxications exo-endogènes, dans lesquelles la cause extérieure (le microbe) crée le poison tétanisant dans l'organisme.

Nous allons envisager aujourd'hui cette dernière catégorie de cas, qui comprend une forme rare, le syndrome tétanique au cours de la méningite cérébro-spinale, et une forme type, le tétanos.

La réaction tétanique peut se produire exceptionnellement dans la méningite cérébro-spinale et je vais vous en présenter deux exemples. Mais, auparavant, je désire vous rappeler quelques particularités fondamentales de la méningite cérébro-spinale. A côté des grands symptômes de cette maladie, que vous connaissez bien, il faut faire une place à l'état d'hypertonie musculaire qu'elle comporte. Cette hypertonie musculaire se met en évidence par le signe de Kernig. Nous recherchons le signe de Kernig habituellement aux membres inférieurs, mais il est constatable aussi aux membres supérieurs. La raideur de la nuque, symptôme connu depuis longtemps, ressortit d'ailleurs du même phénomène, de la même hypertonie musculaire. Eh bien, supposez que cette réaction hypertonique prenne un degré de plus : vous arriverez au syndrome tétanique. Vous verrez la tête s'immobiliser en contracture, le dos se creuser en arc de cercle, les membres se raidir, formant un ensemble qui rappelle singulièrement le tétanos. Souvent, vous pouvez voir chez ces malades une combinaison des deux attitudes, l'attitude en chien de fusil et l'opisthotonos.

Il existe donc là une modalité particulière de la méningite cérébro-spinale. MM. Netter et Debré ont attiré l'attention sur elle dans un mémoire où ils étudient la méningite cérébro-spinale des nourrissons ; je n'ai pas trouvé, toutefois, dans leur monographie, de description isolée d'une forme tétanique de la maladie. Je me demande si, en présence des deux cas dont je vais vous parler, il n'y aurait pas lieu de décrire cette forme tétanique de la méningite cérébro-spinale.

Notre premier malade est un jeune homme entré à l'hôpital le 12 janvier dernier. Son histoire est complexe et complète ; il n'y manque même pas la phase naso-pharyngienne initiale. Le sujet eut, en effet, pendant les huit jours qui précédèrent le début de sa méningite, un coryza. Si l'on avait pu faire, à ce moment, l'examen du mucus nasal, il est probable qu'on y eût trouvé des méningocoques. Quoiqu'il en soit, le 9 janvier, ce jeune homme fut pris de malaise, de fatigue, de courbature, de douleurs lombaires, rachidiennes. La chose est intéressante à noter, car si nous admettons que l'infection a eu une origine nasale, la première localisation n'en a pas moins été spinale inférieure. Les douleurs dorsales et lombaires, violentes, obligèrent le patient à se coucher. Il ressentit alors un grand frisson, signes qu'il convient d'enregistrer, car il permet de penser qu'il s'est produit une septicémie à méningocoques. Puis, la céphalalgie apparu. Le lendemain, le malade était en pleines douleurs, de tête, des épaules, des membres. Il vomissait et était constipé. Le troisième jour, il souffrait davantage de la nuque, des épaules, des genoux ; il offrait une éruption intense d'herpès naso-labial, symptôme commun de la méningite cérébro-spinale. Le quatrième jour, il est amené à l'hôpital dans le coma. La nuque est raide, le dos déjà excavé, le signe de Kernig très net, sans trismus, sans contracture des membres. Les réflexes rotuliens sont conservés, le réflexe de Babinski manque. A l'examen des autres organes, rien à signaler qu'une forte albuminurie.

Nous faisons la ponction lombaire et nous retirons un liquide louche contenant des polynucléaires et des méningocoques. Nous pratiquons une première injection de 25 centim. cubes de sérum anti-méningococcique dans la cavité rachidienne, suivie de deux autres. Malgré le traitement, l'état s'aggrave. Le lendemain de l'entrée à l'hôpital, nous voyons le malade couché en chien de fusil, le corps cambré, sauf aux membres inférieurs. Le sixième jour, malgré la sérothérapie et les bains chauds, des accidents cérébraux graves éclatent, des crises convulsives, un délire violent, agité, apparaissent ; la mort survient dans la nuit de ce sixième jour. L'autopsie a montré une méningite suppurée spinale, à maximum de lésions en bas. Les méninges cérébrales étaient peu touchées.

La seconde observation, que j'ai pu avoir grâce à l'obligeance de M. le professeur Teissier, concerne une fillette de treize ans, qui entra à l'hôpital d'Aubervillers avec le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Chez elle, il n'existait pas de

début nasal connu. Elle se plaignait, depuis trois jours, de mal de tête. Elle fut donc admise, dans le service de M. Teissier, le 4e jour de son affection. On nota de la raideur de la nuque, des vomissements, de la céphalée. La ponction lombaire ramena un liquide trouble, hyperalbumineux, contenant des leucocytes cytolysés et des méningocoques. Une injection de 30 centim. cubes de sérum antiméningococcique fut faite, mais la sérothérapie n'arrêta pas l'évolution de la maladie et l'enfant mourut le 11e jour. Le point intéressant de l'observation est le suivant : au 7e jour, apparut un début de tétanisation ; l'enfant se tenait dans le décubitus latéral, le dos cambré, en opistotonos. L'état de tétanisation s'accentua dans la suite, si bien qu'au 10e jour, il y avait opistotonos complet. L'autopsie montra une méningite à méningocoques tapissant la moelle et le cerveau.

Voilà donc deux cas de méningite cérébro-spinale qui ont présenté une allure clinique spéciale. Dans les deux cas, il s'est agi de sujets jeunes, de formes graves, mortelles. Cette forme tétanique de la maladie paraît propre aux cas graves. Comment se produit-elle ? Comment comprendre que, de la simple contracture hypertonique, l'affection passe à la grande contracture ? Il est vraisemblable que cela tient à une localisation maxima de la méningite à la région spinale postérieure. Ce qui est certain, c'est que, au cours de la méningite cérébro-spinale, des réactions tétaniques peuvent apparaître, avec une valeur pronostique grave.

Si le syndrome tétanique est une chose exceptionnelle dans la méningite cérébro-spinale, nous allons le trouver dans toute son ampleur à propos du tétanos. Nous avons eu récemment dans le service un cas typique de tétanos, compliqué de deux ordres d'accidents surajoutés, accidents sériques et accidents méningitiques. Chez ce malade, d'emblée, dès le premier jour, nous avons porté un pronostic favorable, malgré la gravité de l'affection elle-même. Nous avons dit que le patient pouvait guérir et devait guérir pour trois raisons. La première était la longue incubation des accidents : il était écoulé un mois entre la plaie, porte d'entrée du tétanos, et le début de celui-ci. La seconde était le faible développement de la réaction thermique, le tracé étant subfébrile. La troisième était que le malade, entré avec des crises tétaniques, avait pu gagner très vite l'état subtétanique, où il n'y a plus que des rigidités, sans crises.

Le malade est un garçon de 20 ans, taillé en athlète, très fervent des sports. Un jour, alors qu'il jouait au foot-ball, il se blessa au pied. Après avoir lavé avec de l'eau simple l'écorchure qu'il s'était faite, il ne s'en préoccupa pas autrement. Rentré chez lui, il badigeonna la plaie à la teinture d'iode et ce fut tout. C'est un mois après seulement, alors que la petite plaie du pied n'était pas encore guérie et se trouvait recouverte d'une croûte, qu'il commença à se plaindre du dos, de la tête, d'un peu de raideur de la nuque et du tronc. Un médecin appelé constata du trismus, et l'adressa à l'hôpital avec le diagnostic probable de tétanos. Notons de suite que, dès le début, le patient a eu non seulement la forme hypertonique, mais aussi la forme douloureuse du tétanos. Il a souffert de la tête et de la région lombaire. Quoi qu'il en soit, le lendemain, nous le trouvons en pleine céphalée, avec de la raideur de la nuque, de la raideur des mâchoires. Nous faisons le diagnostic de tétanos et pratiquons une première injection rachidienne de 40 centim. cubes de sérum anti-tétanique, après ponction lombaire et extraction préalable de liquide céphalo-rachidien, d'ailleurs normal. Voici la série sérothérapique à laquelle il fut soumis : elle comprend des injections intra-veineuses, sous-cutanées, et intra-rachidiennes, de 30, 40, 80, 40, 40, 70 centim. cubes de sérum. Remarquez que les injections sont toutes massées dans les premiers jours de la maladie. Nous sommes obligés d'agir ainsi, car, pour les injections intra-rachidiennes, on s'expose à des accidents anaphylactiques graves après le huitième jour qui suit le début du traitement. Passé le huitième jour, la voie intra-rachidienne ne peut plus être utilisée, les voies intra-veineuse et sous-cutanée restant seules ouvertes.

Ce malade a offert le facies sardonique du tétanos à l'état type. Quand on essayait de le faire parler, de le faire rire, on voyait apparaître la rigidité de la musculature faciale, le rétrécissement de la bouche, la fermeture des fentes palpébrales ; il parlait les dents serrées. Il n'a jamais eu le grand opistotonos, mais il a présenté un signe persistant : la rigidité des muscles droits de l'abdomen. Chaque fois que l'on palpait les droits de l'abdomen ou les masséters, on percevait leur rigidité.

Deux jours après la première injection de sérum, sont apparus des petits accidents sériques, des douleurs articulaires et une éruption érythémateuse disséminée. Ces accidents se sont terminés, et nous avons vu le tétanos s'atténuer. En même temps, se produisait une reprise fébrile accompagnée de douleurs rachidiennes et de maux de tête. Il n'est pas douteux qu'il se fit une poussée méningitique. Nous avons, en effet, pratiqué une ponction lombaire et alors que, au début, nous avions trouvé un liquide céphalo-rachidien à peu près normal, nous retirâmes un liquide trouble, chargé en albumine et en leucocytes cytolysés. Malgré ces incidents, la fièvre est tombée. Le patient ne souffre plus et nous le considérons, cette fois, comme en très bonne voie de guérison.

Tirons de cette observation quelques ensei-

gnements. Je vous rappelle que le tétanos est une maladie spécifique due à un microbe découvert en 1883 par Nicolaïer. Vous pouvez voir sur les trois planches que je vous présente, d'abord le bacille jeune avec ses cils, sans spores, ensuite une culture où le bacille offre une forme en épingle, en têtard, enfin des spores isolées, phagocytées par des leucocytes. Ces spores résistent à la température de 100 degrés. Elles ne sont stérilisées qu'à 115 et 120 degrés, détail important à connaître. Le bacille est surtout anaérobie, se développe peu à l'air et, de plus, ne se dissémine pas dans l'organisme : on peut conclure de là que si ce bacille cause des accidents généraux, c'est qu'il agit par une toxine absorbée au niveau du foyer bacillaire. Il a, en outre, un autre caractère : il n'intervient qu'à l'état d'association polymicrobienne. Vaillard et Vincent ont montré que si l'on inocule des spores tétaniques lavées à un cobaye, celui-ci reste indemne ; si l'on inocule en même temps un autre microbe, le tétanos éclate. Dans le premier cas, la phagocytose détruit les spores ; dans le second, les phagocytes ayant plus d'affinité vis-à-vis des microbes se portent vers ceux-ci et laissent les spores qui vont végéter. La blessure de notre malade a été ainsi inoculée de spores et de microbes vulgaires. On doit comprendre de cette manière le rôle de la terre souillée des rues, des jardins ; ainsi s'explique l'origine tellurique, équine ou bovine de la maladie.

Une fois la plaie, la porte d'entrée inoculée, il s'ensuit un développement de bacilles et la production d'une toxine spéciale, la tétanine. Dès que la toxine tétanique fut découverte, on rechercha l'antitoxine. Behring et Kitasato, en injectant de la tétanine à des chevaux, obtinrent du sérum anti-toxique. Sur la question de la toxine tétanique, il est une expérience classique de Wassermann et Takako, qui démontre l'affinité de cette toxine pour la substance nerveuse. Si l'on prend une solution de tétanine et qu'on la mélange à de la substance cérébrale broyée, on constate que le mélange n'est plus tétanisant. La toxine a été ou détruite ou fixée, par la matière cérébrale. En réalité, elle a été fixée car, en détruisant la substance nerveuse, on retrouve la toxine.

L'antitoxine tétanique, découverte en 1890 par Behring, a été bien étudiée par Roux et Vaillard. Vous pouvez apprécier son action neutralisante par une expérience que nous avons reproduite pour vous en montrer aujourd'hui les résultats. Nous avons injecté à 3 cobayes un demi-centimètre cube de toxine et à l'un d'eux, en même temps, 5 cent. cubes de sérum antitétanique. Les deux premiers cobayes sont morts, le troisième (qui avait reçu le sérum) est parfaitement bien portant. La sérothérapie a été faite ici dans des conditions optima. Quelle est la pratique des chirurgiens ? Quand un sujet est atteint d'une plaie suspecte (cavalier ayant reçu un coup de pied de cheval, jardinier blessé en travaillant, plaie du pied par clou de chaussure, blessure de la main par chute sur le sol, etc.) on fait une injection préventive de sérum. L'efficacité des injections préventives de sérum ressort des recherches de Roux et Vaillard. Mais cette sérothérapie peut-elle intervenir au même degré dans le traitement du tétanos déclaré ? Je vais aborder ce point en parlant du traitement des syndromes tétaniques.

Quelle doit être la thérapeutique des syndromes tétaniques ? Cette thérapeutique s'efforcera, d'abord, d'être pathogénique. Cela n'est pas toujours possible. Ainsi, le traitement de l'empoisonnement par la strychnine ne peut comporter que la médication sédative, le chloral à hautes doses, les inhalations de chloroforme. Les tétaniques peuvent supporter des doses élevées, de 10, 12, 14 gr. de chloral par vingt-quatre heures.

Les autres syndromes tétaniques prêtent mieux au traitement pathogénique. Si vous avez des accidents tétaniques par sténose pylorique, vous agirez en évacuant l'estomac et en rétablissant ensuite la perméabilité gastrique. De même, le traitement du syndrome tétanique de l'urémie sera le traitement de l'urémie elle-même. Pour la forme tétanique de la méningite cérébro-spinale, c'est la sérothérapie qu'il faut employer, sans oublier qu'à partir du sixième ou huitième jour, nous ne pouvons plus utiliser la voie rachidienne (des accidents anaphylactiques graves étant alors à craindre), sans oublier non plus que toute injection intra-rachidienne doit être précédée d'une égale soustraction de liquide céphalo-rachidien.

Pour le tétanos, nous avons la sérothérapie anti-tétanique. Le sérum est préventif et non curatif ; cependant, il faut l'employer dans le tétanos déclaré, car il y a dans le foyer une élaboration continue de toxine que le sérum neutralisera. Il faut aussi détruire le foyer initial. Nous avons cautérisé la plaie de notre malade au thermocautère, et pansé au sérum. Nous avons poursuivi par la sérothérapie, non pas le tétanos formé (la toxine étant, nous le savons, en ce cas, intimement combinée au tissu nerveux), mais les toxines produites au fur et à mesure dans le foyer. C'est dans ce but que l'on est arrivé quelquefois à injecter une dose totale énorme de sérum. On peut le faire par trois voies, intra-veineuse, sous-cutanée (moins active) et intra-rachidienne. Cette dernière, je l'ai dit, doit être limitée aux premiers jours. D'autre part, comme toute injection intra-rachidienne, elle expose à la méningite aseptique ou septique. Notre malade, vous l'avez vu, a eu une réaction méningée, et nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas d'une méningite sérique. Une culture du liquide céphalo-rachi-

dien a montré la présence du bacille pyocyanique. Je ne crois pas qu'il y ait eu inoculation par l'aiguille ; je me demande s'il n'existait pas quelque impureté du sérum.

Un dernier point. Du jour où nous avons décelé la méningite chez ce malade, j'ai institué le traitement par l'urotropine. Nous savons que l'urotropine passe dans le cul-de-sac rachidien. C'est non seulement un antiseptique général et glandulaire, mais aussi un antiseptique du liquide céphalo-rachidien. Nous l'y avons retrouvé par les réactifs chimiques. Le malade a cessé, d'ailleurs, dès son administration, de souffrir de la tête et des lombes.

Retenez encore qu'en matière de tétanos, le traitement est toujours une chose délicate. Nous avons eu recours, ici, à la sérothérapie, à l'acide phénique, au chloral (4 gr.), à l'urotropine. La base du traitement sera l'association du chloral et de la sérothérapie. La sérothérapie rachidienne devra être maniée prudemment.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Le chromo-séro-diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale. — Tétanos inoculé par le feutre dans la méthode d'Abbott. — Complications péritonéales de la scarlatine. — Paralysie par ingestion prolongée de colchicine. — Acidose dans l'insuffisance hépatique. — Cancer du sein et grossesse. — Toxidermie gravidique guérie par la sérothérapie. — Mort par embolie au cours de la grossesse. — Emploi obstétrical de la pituitrine. — Ascite cirrhotique disparue sous l'influence du régime achloruré associé au vin d'oignons. — Ankylose post-traumatique du coude. — Cancer primitif de l'épiploon. Angiome de la face. — Restauration plastique dure-mérienne et cranienne. — Ossification du psoas. — Kyste parovarien intraligamentaire. — Suture immédiate rétro-auriculaire. — Hématome intra-musculaire leucémique. — Thyroïdites aiguës suppurées. — Sérothérapie anti-méningococcique. — Molluscum pendulum de l'anus. — Cancer bilatéral des ovaires. — Kyste de l'ombilic. — Exostose ostéogénique.

MM. Pierre Marie et André Léri font à l'*Académie de médecine* une communication sur le *chromo-séro-diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale.*

Dans trois cas d'hémorrhagie cérébrale, MM. Pierre Marie et Léri ont pu constater une teinte nette, verdâtre et plus ou moins fluorescente du sérum, aussitôt ce sérum exsudé, c'est-à-dire quelques heures après la prise de sang. La coloration se montre rapidement et elle persiste, semble-t-il, au moins cinq à six jours. L'aspect verdâtre et fluorescent se retrouve dans les hémorrhagies méningées.

La valeur diagnostique de ce phénomène, dit M. Marie, est importante. Sa constatation permettrait de reconnaître immédiatement une hémorrhagie cérébrale, et de différencier celle-ci, en particulier, du ramollissement cérébral.

La technique du chromo-séro-diagnostic est simple. On pique une veine du pli du coude avec une aiguille stérile sèche et l'on recueille environ 10 à 20 centimètres cubes de sang dans un tube à essai, bien sec pour éviter l'hémolyse. Dès que le caillot est formé, on le décolle, avec une pipette flambée, des parois du tube, et on laisse reposer. Le sérum est exsudé au bout de trois à cinq heures. On le sépare du caillot pour ne pas être gêné par les reflets et on en examine la teinte.

Il est vraisemblable, d'autre part, que le chromo-séro-diagnostic sera non seulement applicable au diagnostic des hémorrhagies des centres nerveux, mais encore à celui des autres hémorrhagies internes.

— M. Kirmisson rapporte à l'*Académie de médecine* deux cas de *tétanos mortel inoculé par le feutre employé dans la méthode d'Abbott.*

La méthode d'Abbott, qui est aujourd'hui mise en œuvre de tous côtés par les orthopédistes pour le traitement de la scoliose, base le redressement du rachis sur une position spéciale du sujet, où la flexion de la colonne vertébrale est associée à l'élévation de l'épaule du côté opposé à la convexité. Pour assurer le redressement, Abbott conseille l'application, au-dessous du plâtre et au niveau de la gibbosité costale, de lames de feutre qui, grâce à leur élasticité, viennent exercer une compression efficace sur la saillie à corriger. Les résultats orthopédiques de cette méthode sont, on le sait, très encourageants.

M. Kirmisson vient d'observer deux cas de tétanos, avec terminaison fatale, chez deux jeunes filles de 17 et 19 ans, où la méthode d'Abbott fut employée pour traiter une scoliose dorsale. Dans ces deux cas, l'inoculation tétanique se fit au niveau des petites eschares produites par la compression sur la gibbosité. Le vecteur du germe fut le feutre, comme l'ont montré les ensemencements, pratiqués par M. Borel, de débris prélevés à la surface de ce feutre.

La production d'excoriations ou d'escharres sur la gibbosité comprimée étant difficile à éviter au cours du traitement (celui-ci nécessite une pression énergique), c'est du côté du feutre seul que peut résider la prophylaxie de ce grave accident.

M. Kirmisson conclut qu'une stérilisation rigoureuse du feutre s'impose, quand on applique le procédé d'Abbott. Etant données, en outre, les multiples applications de cette substance, il importerait que sa fabrication soit soumise à un contrôle mettant le public à l'abri de pareils désastres.

— M. Pierre Teissier lit à l'*Académie de médecine* une note sur les *complications péritonéales de la scarlatine.*

M. Teissier a observé à l'hôpital des maladies contagieuses cinq cas de péritonite suppurée mortelle

au cours de la scarlatine. Ces péritonites relevaient d'un état septicémique ou d'une localisation streptococcique.

— M. Souques relate à l'*Académie de médecine* une observation de *paralysie par ingestion prolongée de colchicine*

Il s'agit d'un homme de 50 ans qui, dans le but de prévenir un accès de goutte, prit pendant dix-sept jours, 2 granules, chaque jour, de colchicine, soit en tout 34 milligrammes de médicament. A la suite de cette ingestion prolongée de doses faibles de colchicine, on vit apparaître une paralysie chronique des quatre membres et du tronc, non encore disparue six mois après son début.

L'auteur tire de là deux conclusions : la première, d'ordre pratique et bien connue, c'est que l'administration de la colchicine doit être étroitement surveillée par le médecin, et suspendue dès que la diarrhée apparaît ; l'autre, d'ordre nosographique, c'est que, à côté des empoisonnements aigus, presque toujours mortels, il y a place pour une forme d'empoisonnement subaigu, dû à l'ingestion de doses faibles et répétées, et capable de se manifester par une paralysie curable des membres.

— MM. Marcel Labbé et Baumgartner font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur *l'acidose dans l'insuffisance hépatique.*

Parmi les signes qui attirent l'attention vers le foie, dit M. Labbé, il en est un méritant d'être mis au premier rang, car il traduit souvent l'existence d'une lésion grave de cet organe : c'est l'acidose. Quand celle-ci survient en dehors du diabète, des vomissements incoercibles de la grossesse et des vomissements cycliques des enfants, c'est presque toujours au foie qu'il faut la rapporter.

A l'appui de cette opinion, M. Marcel Labbé apporte une nouvelle observation concernant une femme entrée à l'hôpital dans le coma, avec une hémiplégie et un ptosis droits. L'examen des urines montra des réactions d'acidose. La malade succomba et l'on trouva à l'autopsie un foie d'apparence normale, mais en dégénérescence cellulaire complète. L'examen du cerveau ne révéla aucune trace d'hémorrhagie cérébrale. Il s'agissait donc d'une hémiplégie sans lésion organique de l'encéphale, comme on en voit au cours de l'urémie, de la pneumonie, de la pleurésie

L'acidose est l'indice d'une intoxication spéciale, ouvant révéler l'insuffisance hépatique. En présence d'une acidose non expliquée, on orientera donc les recherches du côté du foie.

MM. Aubertin et Legrain remarquent également que les observations de coma acétonémique, en dehors du diabète, se multiplient depuis quelques années. Parmi les causes qui peuvent produire cette acidose comateuse, l'insuffisance hépatique tient une place importante. Les auteurs en signalent un cas.

— M. Dervaux (de Saint-Omer) présente à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* un travail sur *le cancer du sein et la grossesse.*

La grossesse est un élément défavorable dans le cancer du sein. M. Dervaux a traité une femme chez laquelle il pratiqua une ablation du sein pour cancer, au septième mois de la grossesse. L'état de la patiente s'aggrava peu après et la mort eut lieu deux mois plus tard. Il semble à l'auteur qu'il vaudrait mieux opérer au début de la gestation, alors que le néoplasme n'a pas encore pris l'évolution aiguë qu'il affecte à la fin de la grossesse

— M. Péry rapporte à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux* un cas de *toxidermie gravidique guérie par la sérothérapie.*

La malade, enceinte de cinq mois et demi, présentait des lésions de toxidermie gravidique (gonflement des grandes lèvres et du sillon interfessier, rougeur, démangeaisons). La dermatose paraissant rebelle à tout traitement, M. Péry se décida à pratiquer une injection de 20 centimètres cubes de sérum anti-diphtérique. Le résultat fut très rapide et, en quelques jours, toutes les lésions cutanées étaient disparues.

Cette observation de toxidermie gravidique guérie par la sérothérapie vient s'ajouter aux cas analogues de Freund, de Fieux, etc.

M. Fieux ajoute que tout sérum, d'origine humaine ou équine, paraît donner, en l'espèce, des résultats à peu près identiques. Il faut consigner ces faits, sans trop chercher à comprendre et, à l'occasion, ne pas oublier cette thérapeutique.

— MM. S. et A. Rémy relatent à la *Société obstétricale et gynécologique de Nancy* une observation de *mort par embolie au cours de la grossesse.*

L'embolie partant des veines des membres inférieurs est un accident des plus rares pendant la grossesse. MM. S. et A. Rémy ont eu l'occasion d'en observer un exemple chez une femme, enceinte de 7 mois, atteinte de varicosités des jambes et ayant eu antérieurement une phlébite. L'embolie entraîna la mort après 22 heures de douloureuse agonie.

— M. Fournier communique à la *Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse* une étude sur *l'emploi obstétrical de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse.*

La question de la valeur de la pitruitine (extrait du lobe postérieur de l'hypophyse) en thérapeutique obstétricale demeure encore pendante.

M. Fournier verse aux débats, à titre documentaire, 3 observations : la première, d'inertie utérine au cours de la délivrance ; la seconde, de placenta prævia avec hémorrhagie pendant le travail ; la troisième d'hémorrhagie de la délivrance dans un avortement de 4 mois 1/2. Dans ces 3 cas, l'usage de la pitruitine a été suivi de bons effets.

M. Garripuy est frappé des succès de M. Fournier.

◆◆

Personnellement, il a utilisé la médication hypophysaire dans deux cas, sans résultat.

M. Gilles a employé l'extrait hypophysaire dans une dizaine de cas sans grand effet.

M. Audebert emploie ce médicament avec réserve, un peu à la façon de l'ergotine. P. L.

— M. Challamel fait à la *Société de thérapeutique* une communication sur une *ascite cirrhotique disparue sous l'influence du régime achloruré associé au vin d'oignons.*

Cette observation démontre de façon presque expérimentale que l'association thérapeutique instituée a déterminé chez la malade la disparition de l'ascite.

Le régime achloruré, employé indépendamment du vin d'oignons, n'eut, par contre, aucun effet ; l'essai inverse fut également tenté.

Les déductions mises en lumière prouvent le rôle que joue le rein dans la pathogénie de certaines ascites ; ce point n'avait jamais encore été exposé.

Il en découle un élément vraiment nouveau pour le traitement de certaines cirrhoses. Certains insuccès observés à la suite de l'emploi de l'oignon pourraient être dus, d'après l'auteur, à un régime défectueux.

Société de chirurgie de Toulouse.

— M. Ducuing présente un malade opéré pour *ankylose post-traumatique du coude.* L'intervention consista en l'ablation d'un volumineux ostéome et en une résection suivie d'interposition musculaire. A la suite de cette présentation, l'auteur insiste sur la pathogénie des ostéomes et sur les inconvénients de la mobilisation précoce du coude chez les jeunes sujets.

— MM. Tourneux et Ginesty rapportent un cas de *cancer primitif de l'épiploon* observé chez une femme de 52 ans, ne présentant aucun trouble de l'appareil digestif. L'intervention montra une masse cancéreuse épiploïde adhérente à l'estomac, au côlon transverse et au péritoine, dont l'ablation fut assez laborieuse. L'examen des organes abdominaux ne montra aucune trace de lésion quelconque.

— M. Bourguet communique un cas *d'angiome de la face* traité par la ligature de la carotide externe et par des injections solidifiantes du mélange de Morestin. Cette tumeur, qui avait résisté auparavant à une autre intervention, a complètement disparu.

— M. Bourguet a eu l'occasion de pratiquer *une restauration plastique dure-mérienne et cranienne* chez un malade présentant des crises épileptiques à la suite d'une fracture du crâne ayant nécessité une trépanation. Il a pu constater, au cours de l'intervention, une adhérence de la substance cérébrale à la face interne du cuir chevelu et refit une dure-mère au moyen d'un lambeau du fascia lata. Depuis lors, les crises nerveuses ont presque totalement disparu.

— MM. Tourneux et Villemur ont observé chez une femme de 62 ans, tabétique et hospitalisée pour sarcome de la cuisse, une *ossification du muscle psoas iliaque.* L'apparition de cette dégénérescence survenue en dehors de tout traumatisme ne peut s'expliquer que par une myosite ossifiante, l'activité périostique ne pouvant être invoquée, étant donné l'âge de la malade.

— M. Miginiac donne lecture d'un mémoire intitulé : *Kyste parovarien intraligamentaire ayant subi la dégénérescence maligne, tuberculose et fibrome de l'utérus.*

La coexistence de ces trois lésions, observées chez une malade de 45 ans et contrôlées histologiquement, est tout à fait exceptionnelle.

— M. Bourguet fait une communication sur les avantages de la *suture immédiate rétro-auriculaire dans les évidements pétro-mastoïdiens* qui seule permet une épidermisation rapide de la vaste cavité créée et qui, en supprimant le drainage postérieur, empêche toute difformité de la région.

— M. Gosse rapporte un cas d'*hématome intramusculaire d'origine leucémique.* Il s'agit là d'un fait des plus rares, car il n'en existe que quelques observations, survenu chez un jeune soldat à l'occasion d'une chute. La véritable nature de l'affection ne put être reconnue que par l'examen de la formule leucocytaire qui, jointe à quelques constatations cliniques, permit de porter le diagnostic de leucémie

— A la *Société de médecine de Toulouse*, MM. Dambrin et Roques rapportent quelques cas de *thyroïdites aiguës suppurées,* affection assez rare, causée par le staphylocoque ou le streptocoque et dont le pronostic est généralement assez grave. Seule l'intervention immédiate peut, en évacuant le contenu septique, empêcher des accidents de septicémie ou de pyohémie de se produire.

— MM. Tapie et Périé communiquent à la *Société anatomo-clinique de Toulouse* un cas de *sérothérapie antiméningococcique.* Il s'agit là d'un fait remarquable de méningite rapidement jugulée par la sérothérapie. Chaque injection a été presque immédiatement suivie d'une chute thermique et d'une détente de tous les phénomènes généraux : trois jours après le début du traitement, la température était normale. La guérison a été d'emblée parfaite, le malade n'a présenté ni rechute ni accidents sérotoxiques.

— M. Digeon présente un malade atteint de *molluscum pendulum de la marge de l'anus* ; c'est là une localisation des plus rares d'une production des plus banales et qui n'a pas encore été signalée.

— MM. Tourneux et Villemur rapportent une observation de *cancer bilatéral des ovaires* dont le diagnostic fut des plus malaisés par suite du silence symptomatique et du résultat presque négatif de l'examen direct. Seule, la présence d'une ascite considérable, rapidement développée et ne s'accompa-

gnant pas de lésions hépatiques ou cardio-vasculaires, permit de soupçonner une lésion ovarienne.

—M. Mériel fait une communication sur un cas de *kyste de l'ombilic* observé chez une fillette de 8 ans : il s'agissait d'une production embryonnaire, d'un reste du canal vitellin en voie d'accroissement, ainsi que le montrait la structure intime. Ce kyste, enveloppé uniquement de tissu conjontif et indépendant de la cavité péritonéale, put être facilement énucléé.

— MM. Tourneux et Villemur signalent deux cas d'*exostose ostéogénique* du fémur située dans la région diaphyso-épiphysaire. La tumeur osseuse était revêtue d'un capuchon fibro-conjonctif qui l'isolait complètement des masses musculaires et avait empêché ainsi le développement de certaines complications que l'on voit si souvent se produire.

J. T.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de deux traitements de la constipation chronique.

Deux traitements fort dissemblables de la constipation chronique se sont partagé, ces derniers temps, les honneurs de la tribune aux assemblées savantes. L'un d'eux utilise l'huile de vaseline, ou huile de paraffine, l'autre est du domaine de la chirurgie.

L'emploi de l'huile de paraffine à l'intérieur ne date pas à vrai dire d'hier, et MM. Arbuthnot, A. Lane et Victor Pauchet (d'Amiens) y ont eu fréquemment recours depuis quelques années. Mais les indications, le mode d'action et le mode d'emploi du produit ont été bien précisés par une communication de M. Manquat à l'Académie de médecine, le 27 janvier 1914, communication bientôt complétée par un travail paru dans la presse scientifique.

L'huile de paraffine employée est l'huile russe, plus claire, plus limpide, plus pure que l'huile américaine. Elle doit remplir nécessairement les conditions suivantes : 1° être rigoureusement neutre ; 2° être dépourvue de toute odeur et de toute saveur de pétrole ; 3° ne pas donner (même chauffée au bain-marie) de coloration marquée avec l'acide sulfurique ; 4° se volatiliser à la chaleur sans dégager de vapeurs âcres et sans laisser de résidus.

Elle peut être utilisée dans toutes les formes de la constipation habituelle : car, si par son action calmante sur la muqueuse de l'intestin elle apaise les spasmes, elle est aussi susceptible de provoquer les contractions intestinales, grâce à la progression plus rapide qu'elle assure au bol fécal, infiltré et ramolli par elle.

L'huile de paraffine facilite encore le cheminement des matières en lubréfiant les parois de l'intestin et elle augmente l'hydratation des selles en ralentissant l'absorption à travers la muqueuse. Enfin, peut-être possède-t-elle un certain pouvoir antiseptique.

Les garde-robes sont, par son emploi, influencées de la façon suivante :

Au bout de 1 à 3 jours — « il faut savoir attendre patiemment » — se produit une première selle, assez molle mais non diarrhéique, qui n'est en général accompagnée ni de douleurs ni de malaises. Parfois, quand il y a un gros encombrement stercoral, il peut être nécessaire de désobstruer l'intestin par un laxatif assez énergique, donné dès le début du traitement.

La première exonération n'est jamais suivie de constipation : au contraire, chaque jour se produit une selle nouvelle, qu'il faut susciter en se présentant à heure fixe à la garde-robe, car l'huile de vaseline, n'étant pas un purgatif, ne provoque jamais un impérieux besoin de défécation.

Il arrive que, les premiers jours du traitement, quelques douleurs apparaissent et beaucoup de gaz soient expulsés. Il n'y a aucun lieu de se préoccuper de ces phénomènes, dus au cheminement de matières durcies, emmagasinées depuis longtemps dans l'intestin, et au surcroît de fermentations que provoquent leur dissociation et leur brassage.

L'huile de paraffine se prend à la dose moyenne d'une cuillerée à soupe, le matin à jeun, ou, mieux, à dose plus élevée et fragmentée : 1 ou 2 cuillerées à café au réveil, à 11 heures ou à 5 heures, et au coucher. La médication, dénuée de toute toxicité, doit être continuée jusqu'à la régularisation complète des garde-robes ; puis, on l'espace peu à peu. Si son action est longue à se produire, on lui associe avantageusement de l'agar-agar.

La paraffine se donne encore par le rectum. Rhode la fait préparer de telle façon qu'elle soit fusible à 38 ou 40° et l'injecte chaque soir, après lavement évacuateur, à la dose de 200 grammes pendant la première semaine et 100 grammes la deuxième semaine : il espace ensuite les injections. La guérison serait toujours obtenue en 4 à 6 semaines.

Cette guérison, l'huile de paraffine peut-elle vraiment l'assurer dans quelque cas que ce soit ? Il est, hélas ! certain qu'il ne faut pas s'illusionner et qu'il y a des constipations qui, ayant déjà résisté à toutes les autres médications, résisteront encore à celle-ci. Son efficacité est cependant fréquente et A. Lane, dans une leçon faite en octobre 1913, à l'hôpital londonien du Prince de Galles, a admis que certains cas de stase intestinale chronique n'échappaient à l'opération que grâce à elle.

Ceci nous amène au traitement chirurgical de la constipation, revenu ces dernières semaines à l'ordre du jour en raison de la discussion qui eut lieu à son sujet à la Société de Chirurgie : discussion amorcée par une communication de MM. Pierre Duval et Jean-Charles Roux, et à laquelle prirent part le professeur Pierre Delbet, MM. Lenormand, Mauclaire et Souligoux.

Il est superflu de le constater, l'éventualité d'une intervention chirurgicale ne saurait être envisagée lorsqu'il s'agit d'une constipation banale, sans réaction excessive sur la santé générale. Mais il n'en va pas toujours ainsi, et l'on rencontre parfois des stases intestinales chroniques qui s'accompagnent de phénomènes neurasthéniques et d'un amaigrissement progressif qui tend vers la cachexie et peut, finalement, donner lieu à toutes les inquiétudes. En pareil cas — le plus souvent une constipation du cæcum et du côlon droit, caractérisée par la rétention des matières entrecoupée de débâcles diarrhéiques — des indications opératoires peuvent se poser.

Pour juger des traitements chirurgicaux qui ont été proposés, il est indispensable de bien connaître les causes de la stase intestinale chronique. A l'origine se retrouve, le plus souvent, la ptose, congénitale ou acquise, partielle ou généralisée, du gros intestin. Sous l'influence de cette ptose, les ligaments péritonéaux qui sont les soutiens intestinaux — « ligaments providentiels » en temps normal, — subissent des tiraillements, des tractions, et alors, ou bien se laissent étirer, accentuant ainsi la ptose, ou bien au contraire résistent, s'épaississent et créent des coudures et des barrages, comme l'ont bien montré Lane, dont le nom est inséparable de cette question, et M. Lejars. En amont de ces barrages se produit naturellement de la stase fécale, laquelle engendre l'inflammation de la muqueuse, la colite. Celle-ci retentit à son tour sur la séreuse péricolique et des adhérences inflammatoires se forment, qui augmentent encore la stase des matières par rétrécissement de la lumière de l'intestin.

La péricolite membraneuse ainsi constituée siège le plus souvent au niveau de l'angle hépatique du gros intestin et la coudure qu'elle provoque peut être assez accentuée pour que le côlon ascendant et le côlon transverse se trouvent accolés l'un à l'autre en canon de fusil : c'est alors le côlon « double-barreled. » Cette péricolite peut-elle être parfois d'origine congénitale ? La chose a été discutée : pour le professeur Delbet, la membrane de Jackson, qui serait alors en cause, ne présente aucune importance pathologique et sa résection n'offrirait aucun avantage.

La ptose et la stase peuvent encore avoir une autre conséquence : l'atrophie et la dilatation de la paroi intestinale qui, déjà fort mince en temps normal, cède, par insuffisance musculaire.

Ainsi se trouve déterminée la filiation des événements qui, dans la majeure partie des cas, conditionnent la stase intestinale chronique grave, non susceptible, aisément ou spontanément, d'amélioration ; ptose, coudure, colite, péricolite membraneuse, adhérences, rétrécissement, typhlectasie.

Mais il arrive encore que cette stase soit sous la dépendance d'une autre cause : le cæcum mobile — long, libre à son extrémité inférieure et sur un segment plus ou moins étendu. Cette disposition, qui, d'après Wandel, se rencontrerait 1 fois sur 10, lui permet de se prêter à des coudures, à des torsions, à des déplacements accentués.

Il n'est pas question de vouloir remplacer les laxatifs ou les pilules purgatives par le bistouri. Mais, aux phénomènes graves qu'engendre la stase intestinale chronique, lorsque toutes les médications ont échoué et que la déchéance vitale commence à se manifester, il ne reste plus à opposer qu'un seul mode de traitement : l'intervention chirurgicale.

La récente discussion à la Société de Chirurgie semble en avoir bien fixé les diverses variétés. A la ptose généralisée du cæcum et du côlon, avec constipation invincible, répond l'anastomose iléo-sigmoïdienne (Mauclaire) : à la ptose localisée au cæcum, la cæcopexie.

Dans la péricolite membraneuse, on a proposé la section des brides ; si elles sont d'origine inflammatoire, leur suppression peut donner un résultat satisfaisant : si elles sont d'origine congénitale (membrane de Jackson), nous savons déjà que la section n'est suivie d'aucun effet. On pratique plutôt une anastomose : la cæco-sigmoïdostomie latérale, simple anastomose de décharge drainant le côlon droit, de préférence à l'iléo-sigmoïdostomie. Aux cas graves sera réservée la colectomie, comportant la résection de la partie droite du gros intestin (Duval). Cette opération, préconisée par M. Metchnikoff « pour parvenir à l'âge de 140 ans et mourir de mort naturelle », est, pour M. Lambret (de Lille), le mode d'intervention auquel appartient l'avenir.

S'il s'agit d'une dilatation cæcale, la cæcoplicature peut suffire : sans quoi, on recourt à la cæco-sigmoïdostomie, soit simple, soit en Y (Mauclaire).

Dans le cæcum mobile simple, c'est-à-dire sans allongement du côlon ascendant, on pratique la cæcorraphie jointe à la cæcopexie (Delbet). Cette dernière opération, solidement exécutée sur le tendon du petit psoas, donne d'excellents résultats (Duval).

A propos du traitement opératoire de la stase intestinale chronique, se pose une question capitale : celle de la confusion trop souvent commise entre les phénomènes douloureux que cette stase,

sous la dépendance d'une des causes envisagées plus haut, engendre, et les phénomènes douloureux dus à une appendicite chronique. Il est bien certain qu'au cours d'une laparotomie pour appendicite, on a souvent trouvé dans le cæcum et le côlon la raison d'être des troubles constatés ; il est non moins certain que, parfois, l'état anormal de ces organes a passé inaperçu et qu'après l'opération, le malade a continué à souffrir, le chirurgien s'étant borné à enlever l'appendice. Typhlite et appendicite coexistent fréquemment, et certains chirurgiens ont même pris l'habitude d'intervenir sur le cæcum, au cours de l'appendicectomie, en complétant l'opération par une cæcopexie et une cæcorraphie. Mais typhlite et appendicite peuvent aussi exister isolément, et le diagnostic différentiel, souvent fort malaisé à l'examen physique, sera très facilité par l'examen aux rayons X. Celui-ci montrera soit les déformations cæcales, soit le raccourcissement extrême du segment intestinal malade, soit encore un rétrécissement, une coudure anormale, un côlon « double barreled », l'inflexion en anse déclive du côlon transverse, l'allongement ou au contraire le raccourcissement, l'atrophie de l'S iliaque.

Voici donc entrés dans une pratique plus courante deux traitements de la constipation chronique peu usités jusqu'à présent. Plus nous allons, mieux sont connues et précisées les diverses causes de la constipation et les traitements qui leur correspondent. Cela veut-il dire qu'il ne doive plus y avoir aujourd'hui de constipés ? Il serait, hélas ! bien téméraire de l'affirmer, les choses ayant pris la fâcheuse habitude de se passer dans le corps humain moins simplement que dans une équation, ce dont résulte que, contre toute logique, à une conception pathogénique ne répond pas toujours de façon absolue le traitement qui en découle.

Il sera donc utile d'adjoindre à la thérapeutique l'observation des vieilles règles édictées à l'usage des gens constipés : alimentation rationnelle (cellulose, corps gras), présentation à la garde-robe à heure fixe, afin de créer, par la force de l'habitude, le besoin de défécation, et, enfin, attitude se rapprochant le plus possible de celle, dénommée « à la turque », dont n'ont pas perdu le souvenir tous ceux qui ont vécu de la vie militaire.

En outre, on fera porter aux ptosiques la ceinture appropriée qui remontera leur masse intestinale ; on recommandera, suivant les cas, gymnastique et massage abdominaux et l'on enverra aux eaux les malades aisés. Les deux stations classiques, en France, sont Plombières et Châtel-Guyon : à Plombières iront les constipés névropathes, hypersthéniques, à formes douloureuses et à spasmes intestinaux ; à Châtel-Guyon, les atones du tube digestif, hyposthéniques, le plus souvent atones généraux. Sur Châtel-Guyon seront aussi dirigés, malgré les apparences, certains spasmes qu'une erreur de destination aggraverait : spasmes localisés qui traduisent, chez maints atoniques, l'irritation provoquée par la rétention excessive des matières fécales dans un segment intestinal.

Dr André MOLINA.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Comment il faut administrer la digitale.

Question traitée par M. A. MARTINET, dans la *Presse médicale*, et que deux notions dominent : le choix de la préparation et la dose.

En ce qui concerne la préparation, on a le choix entre les préparations galéniques classiques, les préparations partant de principes cristallisés et les extraits totaux de la plante.

Certaines préparations galéniques méritent, certes, d'être conservées, mais on sait que leur activité thérapeutique est excessivement variable.

Les produits cristallisés du type digitaline permettent une posologie rigoureuse, mathématique en quelque sorte ; le Codex recommande les granules au dixième et au quart de milligramme et la solution au millième titrant au compte-gouttes normal 30 gouttes au gramme.

Malgré les avantages qui font de la digitaline une préparation très utile, la plupart des pharmacologues estiment que les médicaments représentant la totalité des alcaloïdes de la plante sont, sous certaines conditions de préparation et de titrage, supérieurs à la digitaline, car il est aujourd'hui absolument démontré (Pouchet, Mayor, Dixon, Wood, Focke, etc). :

1° Que la digitaline cristallisée ne préexiste nullement dans la digitale, mais qu'elle est un produit artificiel ;

2° Qu'il n'y a aucune relation, aucun parallélisme entre l'activité de la digitale et sa teneur en digitaline ;

3° Que les préparations digitaliques les plus sûrement actives sont celles qui renferment, tel le digalène, la totalité des principes actifs de la digitale.

Et ces extraits totaux de digitale physiologiquement titrés, standarisés au point de vue pharmacodynamique, d'une activité certaine, constante et toujours égale, et susceptibles d'être administrés par voie buccale, intra-musculaire,

voire intraveineuse (digalène), semblent bien d'après l'auteur, réaliser, à l'heure actuelle, les préparations digitaliques optima, réussissant parfois là où toutes les autres préparations ont échoué.

En ce qui concerne la question des doses, il faut suivre les schémas de Huchard, Pouchet et Bardet.

A. — Doses massives anti-asystoliques, diurétiques à effet immédiat : digalène, 3 centimètres cubes par voie intra-musculaire ou endoveineuse, 3 à 6 centimètres cubes par voie buccale, soit C à CC gouttes (= 50 centigrammes à 1 gramme, de poudre de feuilles de digitale = 1/2 à 1 milligramme de digitaline cristallisée), à prendre en un jour, à ne renouveler qu'après une semaine au moins, ou répartir en deux ou trois jours ; c'est la dose qui convient dans les cas d'urgence, dans les asystolies, surtout dans les asystolies banales des mitraux.

B. — Doses moyennes, toniques et sédatives cardiaques : digalène, 30 à 60 gouttes, 1 à 2 centimètres cubes par voie buccale ou intra-musculaire (= 0,15 à 0,30 centigrammes de feuilles de digitale = 1 à 3 dixièmes milligramme de digitaline), à donner 2 ou 3 jours par semaine, soit consécutivement, soit au contraire, espacées par des périodes d'un jour ; c'est la dose d'entretien, dans la période de résolution des asystolies, dans la dyspnée du rétrécissement mitral, pendant les périodes hyposystoliques.

C. — Doses très faibles : digalène, 10 à 20 gouttes par voie buccale (= 5 à 10 centigrammes de poudre de feuilles ou 1/20 à 1/10e de milligramme de digitaline cristallisée), administrées pendant des périodes continues mensuelles de 15 à 20 jours ; ce *modus faciendi* a donné souvent à Martinet les meilleurs résultats comme traitement systématique des angines de poitrine, des hypertensions angio-spasmodiques et lésionnelles. D'après Mayor, les indications en seraient les suivantes : 1° hypertrophie essentielle avec dilatation manifeste et rapidement récidivante ; 2° symphyse du péricarde ; 3° insuffisances aortiques artérielles à leur période de décompensation ; 4° association morbide d'une lésion valvulaire et d'une affection pulmonaire chronique.

Albuminurie des cardiopathies artérielles.

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 gr. par 24 heures).

2 à 3 fois par jour, un cachet de 0 gr. 50 de *Théosalvose pure* ou *phosphatée*, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de déontologie et de médecine professionnelle, par Etienne Martin, professeur de médecine légale à l'Université de Lyon, 1 volume in-8 (de la *Collection de Précis médicaux*), de VIII-316 pages, cartonné toile souple (Masson et Cie, éditeurs) : 5 fr.

Ce Précis est destiné à être un guide pour l'étudiant en médecine et pour les jeunes médecins ; mais les praticiens déjà avancés dans la carrière le consulteront souvent avec profit. C'est un ouvrage qui manquait dans notre littérature médicale ; il contribuera puissamment à l'œuvre que tous nos confrères doivent poursuivre en commun : améliorer la situation des médecins, lutter contre l'abaissement de la conscience et de la dignité médicales, faire du corps médical une institution d'une honnêteté inattaquable qui donnera à la clientèle plus de confiance, à l'Etat la sécurité nécessaire pour l'application des lois sociales

Nous ne pouvons mieux faire, pour montrer les matières que contient ce volume, que de donner la liste des chapitres qui le composent

I. Définition de la déontologie. — II. Les devoirs des médecins envers eux-mêmes. Les qualités que doit posséder un médecin. — III. Installation du médecin. — IV. Rapports des médecins avec les spécialistes.—V. La clientèle.—VI La consultation.—VII. Le secret médical. —VII. La loi sur l'exercice de la médecine. Le syndicalisme médical. — IX. Le médecin et la société. — X. La loi Th. Roussel. — XI. Consultations de nourrissons et gouttes de lait. — XII. Médecins inspecteurs des enfants assistés. — XIII. Le médecin et l'école. — XIV. Assistance médicale gratuite. — XV. Loi sur la protection de la santé publique. — XVI. Loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes, etc. — XVII. Loi sur les accidents du travail. —XVIII. Loi sur le repos des femmes en couches. — XIX. Travail des enfants dans l'industrie.— XX. Internement des aliénés. — XXI. Les honoraires médicaux. — XXII. Responsabilité médicale. — XXIII. Les moyens de protection et de défense des médecins. — Annexes.

Bien souvent les comptes rendus bibliographiques se terminent par ces mots : « Ce livre a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les médecins » ; jamais cette phrase n'a pu mieux s'appliquer qu'au *Précis de déontologie et de médecine professionnelle* du professeur Etienne Martin

Pathologie interne et diagnostic, par le Dr R. Hyvert, 1 vol. cart. de 510 pages, 2e édit. Prix : 6 fr. A. Maloine, éditeur.

La nouvelle édition de cette pathologie en un seul volume est entièrement transformée dans le texte et dans la présentation matérielle.

Ce livre répond à un triple but : 1° donner un résumé bien à jour en un volume facile à consulter grâce à son classement alphabétique et à une table des matières des plus complètes ; 2° multiplier systématiquement les symptômes qu'il faut aller chercher d'ordinaire dans les grands traités ou les monographies spéciales ; 3° mettre en relief les théories nouvelles et décrire les méthodes de laboratoire les plus récentes, en les jugeant au point de vue de la pratique courante.

Ce livre, ainsi compris, est donc autre chose qu'un simple memento et, par son programme, il ne fait nullement double emploi avec les livres existants.

De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. Dr Pierre Cruet, ancien interne lauréat, prosecteur à la Faculté. Thèse de doctorat. Paris, 1914. Steinheil, éditeur.

La cure radicale des cancers du gros intestin comporte un certain nombre de procédés, parmi lesquels l'auteur étudie plus particulièrement la méthode d'extériorisation. Celle-ci donne lieu d'ailleurs à des techniques différentes, selon les opérations.

V. Une bonne méthode d'extériorisation, dit l'auteur dans ses conclusions, pour qu'on puisse en tirer tous les avantages qu'elle comporte, doit répondre aux trois conditions suivantes :

a) Se faire en trois temps séparés.

b) Enlever largement les lésions, c'est-à-dire intéresser le pédicule vasculo-ganglionnaire de la tumeur jusqu'à son insertion pariétale.

c) Préparer au moment de la résection la cure ultérieure si délicate de l'anus contre nature.

VI. L'opération d'extériorisation de M. le Professeur Quénu, en trois temps opératoires nettement séparés, de par l'extériorisation extra-péritonéale du pédicule vasculo-ganglionnaire qu'elle comporte, de par l'anastomose préventive des demi-circonférences postérieures des deux bouts de l'intestin, qui suit immédiatement la résection de la tumeur, nous semble répondre à cette triple nécessité.

VII. Peut-être serait-il possible de raccourcir le temps global de traitement, en faisant suivre, lors du deuxième temps, la résection d'une entérorraphie circulaire immédiate, ou encore en pratiquant sur les deux bouts accolés avant de les aboucher à la peau une entérorraphie longitudinale avec fente pour obtenir une guérison spontanée de la fistule stercorale ainsi créée.

VIII. Les indications de la méthode d'extériorisation nous paraissent pouvoir être formulées de la façon suivante : en période d'occlusion, faire strictement l'opération minima, l'anus contre nature, et rejeter tout acte opératoire qui n'aurait pas pour unique but l'occlusion qu'il s'agit de combattre d'abord.

En dehors de la période d'occlusion, se laisser guider par chacun des facteurs suivants : siège du cancer, forme anatomique de la tumeur, état de l'intestin sus-jacent, adiposité de l'intestin, ganglions et adhérences, état général du malade.

Ne faire l'extériorisation que pour les cancers coliques gauches, la faire surtout chez les malades affaiblis, dans le cas de cancers végétants essentiellement septiques, s'accompagnant de lésions pariétales de l'anse intestinale sus-jacente, mais sans se laisser arrêter par la présence de ganglions à l'intérieur du méso.

Le faire encore dans les cas douteux.

Réserver la colectomie de Reybard, ou les méthodes de colectomie en un temps, aux cas favorables de petits cancers mobiles sans lésions importantes de l'anse intestinale sus-jacente chez des individus encore résistants.

Préférer l'opération de Volkmann à une extériorisation impossible ou mal faite, dans le cas de tumeurs fixées, trop adhérentes aux anses intestinales voisines, ou autres segments du gros intestin.

La méthode d'extériorisation nous apparaît donc comme une opération de nécessité parfois, mais surtout de prudence, et dont le doute où se trouve le chirurgien de l'état des parois intestinales, doit élargir les indications.

IX. Les résultats immédiats de la méthode d'extériorisation, supérieurs à ceux des méthodes de colectomie en un temps, nous semblent donner une base suffisamment solide aux considérations précédentes.

X. Les résultats tardifs de la méthode d'extériorisation, qu'il est très difficile de juger faute de documents suffisants, sont peut-être dans leur ensemble inférieurs à ceux des méthodes d'exérèse en un temps, mais nous pensons que ces résultats peuvent être améliorés par la pratique des méthodes d'extériorisation élargie, et en particulier du procédé de M. le professeur Quénu.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Deux propositions de loi.

Le hasard fait tomber simultanément entre nos mains deux propositions de loi sur l'exercice de la pharmacie : l'une émanant de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des députés, l'autre qui devait être déposée sur le bureau de la Chambre si l'encombrement des fins de législature n'avait menacé de caducité toutes les propositions nouvelles.

Ces deux propositions partent de conceptions radicalement opposées : l'une vise à peu près exclusivement l'intérêt du pharmacien, l'autre s'inspire surtout de l'intérêt public ; la première ne fait que consacrer les errements anciens, le privilège étroit du pharmacien, la lutte séculaire contre le médecin ; la seconde s'inspire des nécessités nouvelles, des principes de liberté commerciale sous la seule réserve de la protection de la santé publique.

Il serait intéressant de voir la commission compétente de la Chambre nouvelle saisie à la fois de ces deux propositions, leur comparaison devant éclairer d'un jour singulier la question de l'exercice de la pharmacie.

En attendant, nous soumettons à nos lecteurs ces deux propositions et serions très heureux de recevoir les appréciations que leur suggèrera la comparaison.

Nous donnons successivement le texte intégral des deux propositions.

PREMIÈRE PROPOSITION.

Rapport de M. le député Schmidt

au nom de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des députés sur les propositions de loi sur l'exercice de la pharmacie (1)

MESSIEURS

Vous avez renvoyé à votre Commission de l'hygiène publique les propositions de loi sur l'exercice de la pharmacie déposées par M. MILLE, par MM. BARTHE et LALANNE, et par MM. PEYROUX et LEFEBVRE DU PREY. La proposition de MM. PEYROUX et LEFEBVRE DU PREY a seulement pour but de modifier la partie des règlements sur la pharmacie ayant trait à la fabrication et à la vente des spécialités pharmaceutiques ; nous l'examinerons en même temps que les parties des propositions de M. MILLE et de MM. BARTHE et LALANNE visant la même question.

Nul ne peut contester qu'il soit indispensable de modifier profondément la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie.

(1) *Bull. de la Ch. syndic des Pharm. de la Seine*, 31 mai 1914.

Le Gouvernement se trouve dans l'impossibilité de faire appliquer cette loi, comme pourraient le prouver de nombreux exemples. Nous n'en voulons citer qu'un. Le 17 février 1913, notre collègue M. VIOLETTE posait au Ministre de la Justice une question écrite sur des infractions commises ; il lui demandait de se prononcer sur des illégalités certaines, de les poursuivre toutes ou de n'inquiéter les auteurs d'aucune d'entre elles. Dix jours après, le Ministre répondait à notre collègue qu'il ouvrirait une enquête sur les faits signalés. Plus d'un an s'est écoulé depuis cette époque ; les résultats de l'enquête n'ont pas été publiés ; les illégalités signalées par M. VIOLETTE persistent sans que les parquets s'en émeuvent ; la loi n'est appliquée que dans des circonstances exceptionnelles.

Il est nécessaire de ne pas laisser subsister une situation qui aurait le grand tort de permettre de croire que le Parlement et le Gouvernement se désintéressent de la manière dont les parquets poursuivent les délits ; aucune loi ne doit être méconnue ; si la loi actuelle n'est pas applicable, le devoir du Parlement est d'en faire une nouvelle.

Il n'est pas étonnant qu'une loi datant de 110 ans ait besoin de modifications. Des transformations importantes et nombreuses se sont produites depuis l'an XI ; elles devraient d'autant plus se faire sentir sur la pharmacie que cette profession est à la fois scientifique et commerciale, et qu'elle a des points de contact avec plusieurs autres.

Vous voyez l'étendue du problème que votre Commission avait à examiner. Sans prétendre vous présenter une solution idéale, elle croit avoir tenu un compte équitable des divers intérêts en présence ; elle peut affirmer qu'elle a surtout considéré l'intérêt le plus important, celui du public.

Il a paru nécessaire à votre Commission que le Parlement votât au plus tôt un texte sur les questions soulevant le moins de difficultés ou pour lesquelles la solution s'imposait plus nettement : elle a volontairement laissé de côté un certain nombre d'autres questions, non parce qu'elle conteste l'utilité de les résoudre, mais parce que ces questions sont plus complexes ou qu'elles posent des problèmes plus délicats, pour lesquels d'autres Commissions de la Chambre sont particulièrement compétentes. C'est ainsi, pour ne parler que des brevets et des patentes de garantie, qu'il appartient surtout à votre Commission du commerce et de l'industrie d'examiner de quelle manière les droits de l'inventeur et ceux du public peuvent être le mieux défendus : cette Commission est, du reste, saisie d'un projet de loi portant des modifications à la loi du 5 juillet 1844.

Du fait qu'elle est scientifique et commerciale, la profession pharmaceutique doit être soumise à des règles particulières ; c'est avec raison qu'on a pu

(*Voir la suite page* 1821.)

CORRESPONDANCE

Les consultations de nourrissons.

Voulez-vous me permettre, en réponse à la lettre du Dr C. (*Concours médical* du 7 juin) de vous citer, en ce qui concerne les consultations de nourrissons, quelques faits précis en opposition avec le fait nouveau signalé par mon honorable confrère ?

1° Un préfet ne peut pas créer de lui-même une consultation de nourrissons. Cette création, parce qu'elle entraîne des dépenses, est la conséquence d'une délibération du Conseil général. Dans la Mayenne, en particulier, l'arrêté du Préfet s'appuie :

a) Sur une résolution du Sénat en date du 3 décembre 1903 ;

b) Sur les circulaires ministérielles du 25 mai 1904, 5 juillet 1906, 11 mars 1907 ;

c) Sur l'avis émis le 22 juillet 1912 par le comité départemental de protection du 1er âge ;

d) Sur la délibération du Conseil général du 21 août 1912.

2° Cet arrêté dit que devront être présentés régulièrement aux consultations, à moins d'intempérie ou de maladie, les enfants âgés de moins de 2 ans bénéficiant de la protection instituée par la loi du 23 décembre 1874 et ceux bénéficiant d'un secours temporaire départemental, enfants ne devant pas habiter à plus de 1500 mètres du centre de la consultation. Cet arrêté ne prévoit aucune sanction pour les nourrices récalcitrantes. Cependant si dans mon service une nourrice négligeait d'une façon régulière d'amener l'enfant à la consultation, je n'hésiterais pas à la traiter, moins la poursuite légale, comme si elle refusait de me recevoir à son domicile, et sans aucun remords, j'assumerais la responsabilité de ne pas lui délivrer de nouveau certificat. Mais il ne me viendrait jamais à l'idée de demander la suppression du secours alloué *parce que* ce secours est alloué à l'enfant et non à la nourrice et que serait, à mon avis, coupable, un médecin de la protection qui voudrait faire supporter à un enfant les conséquences d'une faute de sa nourrice.

3° Ne seront pas seuls chargés du service les confrères ayant l'échine souple et le sourire devant le sous-préfet, mais les médecins de la protection ayant un minimum de 10 enfants dans leur centre, et ce sera justice, car la consultation remplace une fois sur trois la visite à domicile. Cette attribution de la consultation aux médecins de la protection est d'autant plus logique que le médecin a visité régulièrement l'enfant placé en nourrice ou le visitera jusqu'à 2 ans accomplis.

4° Les contribuables ne souffriront guère de la création des consultations, car la visite à domicile est rémunérée à raison de 1 fr. 50 par enfant et la consultation à raison de 1 fr. par enfant présenté.

5° Les intérêts des médecins sont sauvegardés, car, du moins dans la Mayenne, on donne aux personnes qui présentent des enfants des notions de puériculture et d'hygiène, au besoin on rappelle aux nourrices les prescriptions de la loi, on signale ce que l'on constate, mais on ne soigne pas : *en un mot nous ne délivrons pas d'ordonnance, mais conseillons de conduire l'enfant au médecin de sa famille.*

Tout ce qui précède m'amène à parler du rapport du Dr Boudin (*Concours médical* du 14 juin). Quels sont les inconvénients des consultations de nourrisons ?

a) Pour les nourrices et les nourrissons ?

Il n'y a pas lieu d'en faire état, car, d'après l'avis du Conseil, ne doivent présenter les enfants que les nourrices habitant au plus à 1500 m. du centre. Pour les nourrissons, les craintes de contagion sont bien minimes, car les nourrices ne présentent que des enfants proprement vêtus, débarbouillés des pieds à la tête ; elles-mêmes d'ailleurs se revêtent de leurs habits des grands jours.

b) Pour le but à atteindre ?

Les nourrices ne sont pas réfractaires : n'ayant pas la facilité de constater par elles-mêmes, à leur domicile, l'augmentation de poids de l'enfant ou sa diminution, elles sont très heureuses de se rendre compte « de visu » de l'un ou l'autre de ces deux états. J'ajoute que, du moins dans ma circonscription, elles trouvent que les visites à domicile ne sont pas assez fréquentes : à plus forte raison ont-elles accepté de grand cœur la consultation qui est bien préférable à la visite.

J'affirme donc l'utilité de ces consultations où le médecin n'a pas à chercher à faire une conférence, mais, par des paroles simples, à se mettre à la portée des gens qu'il a devant lui comme il se met à leur portée quand il visite à domicile les enfants qui leur sont confiés.

Point n'est besoin de leur faire une leçon sur le rapport qui doit exister entre le nombre des globules blancs et des globules rouges.

c) Inconvénients pour les médecins :

Ni le médecin consultant ni les autres médecins de la localité ne perdent de droits parce que le médecin consultant ne délivre pas d'ordonnances et que la nourrice ou les parents ont toujours la liberté de se rendre au cabinet du médecin consultant ou chez leur médecin ordinaire.

L'autre perte de clients que redoute le Dr Boudin n'est même pas à examiner : autant dire qu'un médecin ne devrait pas aller voir un malade à une distance kilométrique quelconque parce que, pendant qu'il fera sa visite, on pourra l'appeler pour aller à une distance double, et que le client pressé ne le trouvant pas chez lui aura recours à un autre confrère ; autant dire qu'un chirurgien ne devrait pas se déranger pour des cas anodins de peur que pendant son absence on l'appelle pour un cas grave et plus chèrement honoré.

d) Inconvénients pour le corps médical tout entier?

Je ne connais pas dans la Mayenne, en ce qui concerne la protection, de révocation provoquée pour des faits d'ordre politique ; de même, et je m'empresse de le dire, je n'ai jamais entendu dire qu'aucun de mes confrères ait failli au point de vue médical.

Dr DANÈS,
de Craon (Mayenne).
Médecin de la protection du 1er âge,
Chargé du service de la consultation des nourrissons.

Réponse.

Nous sommes très heureux d'apprendre que, dans votre département, le service des consultations de nourrissons a été établi d'une façon parfaite et à la satisfaction de tous. Cela nous permet de constater, une fois de plus que, selon les départements, l'organisation administrative est défectueuse ou pratique, sur le même point.

Néanmoins, nous serions heureux d'avoir l'avis des autres médecins et, en particulier de ceux qui n'ont pas été nommés médecins inspecteurs de la protection du premier âge.

Ils diront peut-être que le docteur qui est chargé d'un service administratif, celui, par exemple, de l'inspection des nourrissons, a plus de chance que ses confrères d'être choisi comme médecin traitant par les nourrices qu'il doit inspecter.

C'est contre cette violation indirecte du libre choix du médecin que se sont élevés les trois syndicats des médecins de l'Ain, qui ont adopté les conclusions du rapport que nous avions fait, en son temps, sur les consultations de nourrissons ; c'est également, pour ce motif, que les articles publiés au commencement de cette année, dans le *Concours*, ont réclamé la division absolue entre les fonctions de médecin administratif, nommé par l'administration, et le droit de soigner les malades. Nous soutenons que le docteur chargé par l'administration d'une fonction d'inspection, au nom de la société, ne devrait pas exercer la médecine.

D'autre part, dites-vous, dans la Mayenne, les nourrices, sont heureuses de se présenter, avec leurs habits de fête, à la consultation des nourrissons ; il n'en est pas de même dans l'Ain. Les médecins sont moins bien considérés et les conseils de puériculture qu'ils donnent sont moins écoutés que ceux de la sage-femme, de la matrone, ou du pharmacien.

Enfin, les distances sont très longues, dans ce département, et les gardeuses d'enfants ne se soucient pas de perdre une demi-journée de travail pour faire peser des enfants, ce dont, d'ailleurs, elles se soucient fort peu, ayant l'habitude de gorger les enfants de soupe, pour les engraisser plus vite.

Néanmoins, nous sommes heureux de repro-

duire votre opinion, car nul doute que l'intérêt social ordonne l'instruction du peuple. Mais nous voudrions que ces services d'assistance et d'hygiène sociales soient organisés, par le préfet, avec la collaboration du conseil général et des syndicats médicaux locaux.

Nous voudrions, en outre, que les médecins chargés de fonctions administratives et nommés par le préfet soient de véritables fonctionnaires, n'ayant pas le droit d'exercer la médecine. Nous sommes tous égaux, comme médecins de campagne, devant notre diplôme ; nous dénions donc à l'administration le droit de faire à elle seule des distinctions parmi les praticiens et de désigner au choix, selon son bon plaisir, quelques-uns d'entre nous, pour faire des besognes administratives, plus ou moins bien gênées actuellement par le souci constant et légitime de ne pas nuire à la clientèle.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Procédé de stimulation du myocarde. — Ce procédé, le « Kuatsu », employé par les Japonais comme antagoniste du « jiu-jitsu », consiste en la percussion, forte et patiente, avec la paume de la main, de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Alors que le choc de certaines zones déclanche un réflexe inhibitoire du cœur, la percussion de celle-ci provoque au contraire la contraction énergique du myocarde. On pourra donc utiliser cette méthode chez les noyés, les personnes frappées d'insolation et, d'une façon générale dans toutes les insuffisances myocardiques graves.

Il est très indiqué, chaque fois que la chose est possible, de mettre rapidement le patient sur ses pieds et de l'obliger à faire quelques pas. La marche active en effet la respiration et la circulation.

(*New-York medic. Journal.*

ABRAMS.

Emploi de l'urotropine en instillations intrarectales. — On administre d'abord un lavement évacuateur simple. Puis on introduit profondément une sonde de Nélaton n° 16 ou 18, reliée par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc au bock qui contient du sérum glucosé à 47 p. 100, additionné de la quantité d'urotropine voulue.

On a préalablement fait un nœud sur le tube de caoutchouc, de façon à ce que le liquide ne s'écoule qu'à la vitesse de trente gouttes environ à la minute. On injecte ainsi un demi-litre de liquide en 2 heures 1 /2, on retire la sonde et on recommence au besoin deux heures après pour atteindre, s'il est nécessaire, deux ou trois litres de liquide par 24 heures.

Cette méthode est indiquée dans la fièvre typhoïde, l'embarras gastrique prolongé, les états de subictère, certaines néphrites subaiguës, il se produit une hydratation de l'organisme, d'où augmentation de la diurèse, et en même temps une véritable sollicitation de la cellule hépatique. Sous cette influence, l'état général se relève très rapidement, cependant que s'abaisse la courbe de température.

(*La Clinique.*)

TRIBOULET et GODLEWSKI.

Traitement de la chorée de Sydenham. — 1° Lit et lait.

2° Liqueur de Boudin, donnée toutes les deux heures avec une tasse de lait, aux doses journalières suivantes :

	1er jour	2e	3e	4e	5e	6e	7e	8e	9e
Au-dessus de 7 ans....	5 gr.	10	15	20	25	20	15	10	5
Au-dessous de 7 ans..	3 gr.	6	9	12	15	12	9	6	2

Exceptionnellement, dans les cas graves, on pourra prolonger de deux jours le traitement en donnant, le 6e jour, 30 ou 18 grammes (suivant l'âge) et en inaugurant les doses décroissantes — 25 ou 15 grammes — le 7e jour.

Deux contre-indications formelles, l'albuminurie : temporaire — une demi-journée au minimum — les vomissements. D'une façon générale, on surveillera très attentivement l'application du traitement, en songeant à la polynévrite arsenicale.

L. BÉRIEL.

(*Soc. nation. de méd. de Lyon.*)

Modèle de certificat de consolidation. — Préambule. — Je soussigné, Dr X... (nom, titre, adresse certifie avoir examiné à..., le nommé Y..., (nom) et prénoms), victime d'un accident de travail, survenu le...., au service de M. Z..., accident qui avait déterminé (nature des blessures).

Incapacité temporaire. — Je déclare que Y.

est actuellement guéri et ne conserve des suites de son accident aucune lésion, aucun trouble fonctionnel ayant un caractère permanent. L'incapacité de travail a donc été temporaire, et la consolidation des blessures doit être fixée à la date du..., Y. pouvant reprendre son travail immédiatement.

Incapacité permanente. — Je déclare (date et signature) que les soins médicaux ne peuvent désormais apporter aucune amélioration dans l'état de Y. ; il y a donc lieu de fixer la consolidation des blessures à la date du...

Y. conserve des suites de son accident les lésions définitives suivantes... (cal, déformation, raccourcissement, ankylose, pseudarthrose, amputation, etc.), et des lésions d'un avenir incertain, telles que.. (atrophie musculaire, raideurs articulaires, troubles circulatoires, etc.) ; quoique probablement permanentes, ces dernières sont susceptibles d'amélioration sous l'influence de l'exercice journalier.

Y. a donc subi, du fait de son accident, une incapacité permanente absolue (ou partielle), de travail, dont les conséquences pour l'exercice de sa profession de... sont... (troubles dans la marche, l'ascension des escaliers, des échelles, le port des fardeaux, le maniement de certains outils ; la nécessité de l'usage des béquilles, d'une canne, d'un appareil orthopédique, etc.).

A titre d'exemple, cette formule pouvant être modifiée suivant les cas.

ROBINEAU.
(*La Clinique.*)

A. M.

(*Partie professionnelle* (*Suite*), V. p. 1812.)

dire : « Le pharmacien doit jouir, dans l'exercice de sa profession, du maximum de liberté compatible avec la protection de la santé publique. »

Pour cela, il faut que, sauf dans des cas exceptionnels, le pharmacien soit propriétaire de son officine, il faut qu'il en dirige toutes les opérations, qu'il surveille tout ce qui s'y passe ou qu'il se fasse aider dans cette surveillance par des pharmaciens. Ces principes sont la base même de l'exercice de la pharmacie ; s'ils n'étaient pas respectés, si des personnes non diplômées avaient le droit de diriger la préparation des ordonnances médicales, la santé publique ne serait plus protégée.

Nous avons inscrit ces principes dans la loi ; nous ne leur avons fait subir des atténuations que dans des cas exceptionnels. L'un de ces cas doit vous être signalé. La loi stipule qu'au décès d'un pharmacien, sa veuve a le droit de faire gérer, pendant un an, l'officine du défunt, dans des conditions déterminées. Cette disposition est limitative ; seule, la veuve du pharmacien a le droit d'en user ; les héritiers du pharmacien, ses enfants eux-mêmes, sont obligés de faire fermer l'officine, dès le décès du titulaire : des décisions dans ce sens ont été rendues par des tribunaux, chaque fois que la question a été posée devant eux. N'est-il pas certain que ce seul exemple suffirait à prouver combien il est urgent de doter la pharmacie d'une nouvelle législation ?

En même temps que nous songions à protéger la santé publique, nous avions le devoir de donner au pharmacien la plus grande liberté possible, de lui permettre d'employer, dans la concurrence commerciale, des moyens équitables.

Le cumul de la pharmacie avec les professions médicales est à l'ordre du jour depuis longtemps.

Il y a 25 ans, le Gouvernement avait déposé des projets de loi sur l'exercice de la médecine et sur celui de la pharmacie ; le projet de loi sur l'exercice de la médecine contenait un article interdisant à une personne possédant les deux diplômes d'exercer simultanément les deux professions. Le principe de cet article avait été accepté par les deux Chambres ; mais, des discussions de détail ayant eu lieu, il fut convenu que pour faire aboutir plus vite le projet sur la médecine, on introduirait dans la loi sur l'exercice de la pharmacie l'interdiction que tout le monde désirait. La loi sur l'exercice de la médecine a été promulguée le 30 novembre 1892 ; le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie a été retiré de l'ordre du jour des deux Chambres.

Cette question ne saurait être l'objet de longs débats. Il est admis, par l'immense majorité des médecins et des pharmaciens, qu'il faut séparer les deux professions, ne pas permettre, en principe, à celui qui prescrit un médicament de le préparer ; il est nécessaire, au point de vue de l'exercice normal de chacune des professions, qu'un contrôle de l'ordonnance médicale soit effectué par un autre que son auteur ; il est indispensable, au point de vue de la santé publique, que l'auteur d'une prescription ne puisse être guidé par aucun intérêt autre que celui de son malade.

Mais il ne suffit pas d'interdire le cumul des deux professions ; il convient surtout d'empêcher les ententes louches, les combinaisons secrètes, les associations honteuses, dont le but est d'exploiter le malade.

Ce n'est pas seulement l'immense majorité des médecins et des pharmaciens qui réclame la suppression de ces pratiques malfaisantes ; ce sont tous ceux qui les connaissent, tous ceux qui tiennent à voir deux professions des plus estimables ne pas être l'objet de la moindre déconsidération : celle-ci ne serait pas justifiée par des reproches mérités adressés à quelques médecins et à quelques pharmaciens ; mais elle atteindrait les deux professions si nous ne donnions pas aux tribunaux le moyen de frapper les coupables.

Le 11 février 1913, M. Charles Deloncle et d'autres de nos collègues ont déposé une proposition de loi tendant à modifier celle du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ; ils demandent, comme nous, la condamnation de « toute association, même de fait, entre médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, sages-femmes et pharmaciens, pour l'exploitation combinée du malade ».

Le cumul de la médecine et de la pharmacie ne doit être possible que dans des cas où la santé publique l'exige. Lorsque le médecin et le malade demeurent loin de toute pharmacie, il est naturel que le médecin ait le droit de fournir les médicaments. Votre Commission a fixé d'une manière raisonnable la distance qui doit séparer la résidence du médecin et le domicile du malade de la pharmacie la plus rapprochée. Certaines agglomérations se touchant, des communes étant d'une très grande étendue, elle a cru qu'il n'était pas bon de maintenir, sur ce point, la disposition actuelle, qui considère seulement les communes, les bourgs et les villages, et non la distance kilométrique.

Ce qui vient d'être dit, relativement au cumul de la médecine humaine et de la pharmacie, s'applique complètement au cumul de la médecine vétérinaire et de la pharmacie. Ici encore, séparation des deux professions, sauf pour les vétérinaires éloignés d'une pharmacie.

Il est entendu, toutefois, que le médecin et le vétérinaire auront le droit d'administrer un médicament d'urgence, même si une pharmacie est à quelques pas de l'homme et de l'animal qui ont besoin de soins ; de même, on ne saurait songer à condamner, pour exercice illégal de la profession médicale, le pharmacien qui fait un pansement d'urgence.

S'il est indispensable que les pharmacies soient la propriété de pharmaciens, il est nécessaire de reconnaître que l'on ne peut maintenir celles des dispositions de la loi de l'an XI par lesquelles les médicaments ne peuvent être préparés que par des pharmaciens et vendus que par eux.

Depuis cent dix ans, l'industrie pharmaceutique s'est créée, l'industrie chimique s'est développée ;

aujourd'hui, la confection de nombreux médicaments et leur contrôle exigent de vastes installations et d'importants outillages qu'un pharmacien ne possède pas, d'une manière générale. Aussi, s'est-il créé, sous le nom de Drogueries pharmaceutiques, des maisons commerciales et industrielles ayant besoin de gros capitaux. Il est nécessaire de créer leur statut.

On ne saurait souhaiter que la loi permette leur exploitation par tout le monde, quel que soit leur genre de commerce ou d'industrie.

En effet, ces maisons livrent aux pharmaciens des produits de trois catégories différentes :

1° Des matières premières : drogues simples indigènes ou exotiques ; produits chimiques ;

2° Des préparations médicamenteuses vendues en vrac, et contrôlables par les pharmaciens ;

3° Des préparations médicamenteuses devant être vendues au public sous le cachet du fabricant.

La liberté de la préparation et celle du commerce en gros des matières premières doivent être absolues.

Quant aux préparations médicinales, des obligations doivent être imposées à ceux qui s'y livrent, et ces obligations doivent être d'autant plus importantes que le contrôle des pharmaciens de détail sera plus difficile. Il est nécessaire qu'un pharmacien soit attaché à ces établissements et qu'il y remplisse un rôle important.

La question des spécialités pharmaceutiques est une de celles qui, de tout temps, ont soulevé le plus de difficultés. Les auteurs de chacune des propositions qui ont été renvoyées à votre Commission ont préconisé des solutions différentes de cette question.

Pour MM. Peyroux et Lefebvre du Prey, les spécialités doivent porter leur formule intégrale et n'être mises en vente qu'après approbation de l'Académie de médecine.

La législation actuelle, dont, en réalité, nos collègues demandent le maintien, n'est pas appliquée.

L'article 32 de la loi du 21 germinal an XI interdit la vente des remèdes secrets : le mot « *spécialité* » n'existe aucune part dans la loi sur la pharmacie. Un décret du 3 mai 1850, promulgué le 21 juin 1852, a décidé que cesseraient d'être considérés comme remèdes secrets et pourraient être vendus librement par les pharmaciens, « les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie de médecine, et dont les formules, approuvées par le Ministre de l'Agriculture et du Commerce, conformément à l'avis de cette Compagnie savante, auront été publiées dans son bulletin, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs ».

L'Académie de médecine nomme chaque année une Commission chargée de l'examen des remèdes nouveaux ; cette Commission ne fonctionne jamais.

Obtiendrait-on des avis de l'Académie de médecine en répétant dans une loi nouvelle les dispositions contenues dans la loi de l'an XI et dans le décret de 1850 ? Il est permis d'en douter, surtout lorsqu'on considère le vœu suivant émis par l'Académie de médecine le 24 février 1914 :

« L'Académie de médecine,

« Considérant qu'un grand nombre de spécialités pharmaceutiques sont en réalité des médicaments que, sans en connaître la composition, le médecin ordonne et que le pharmacien délivre souvent sans ordonnance ; que leur désignation n'a aucun rapport avec leur composition et que leur vente constitue aujourd'hui non seulement un véritable abus, mais encore un réel danger,

« Emet le vœu :

« Qu'une réglementation du commerce de ces produits intervienne pour sauvegarder les intérêts de la santé publique et oblige leurs auteurs à en donner la formule intégrale ».

Les propositions de M. Mille et de MM. Barthe et Lalanne sont différentes. Pour M. Mille, il suffit de connaître le nom et la dose des médicaments actifs contenus dans les spécialités ; pour MM. Barthe et Lalanne, les fabricants de spécialités doivent en donner la formule intégrale, sans laquelle il serait impossible de contrôler les médicaments vendus au détail sous le cachet de leur fabricant.

Votre Commission a examiné avec soin les deux propositions et les a fusionnées ; comme vous le verrez, elle a estimé que les étiquettes des spécialités devaient porter le nom et la dose des médicaments actifs, et que le dépôt à l'Académie de médecine de la formule complète de ces produits était indispensable. De cette manière, la santé publique sera protégée, le contrôle des spécialités sera possible ; les personnes mettant des substances médicamenteuses dans des préparations et ne les indiquant pas, seront condamnées ; quant aux fabricants des spécialités, ils n'auront aucun argument à opposer à cette proposition, attendu qu'ils ne peuvent introduire leurs produits dans la plupart des pays étrangers sans en mettre la formule sur l'étiquette ou sans la communiquer aux administrations intéressées.

La présente proposition de loi ne pourra plus être mise à l'ordre du jour de la Chambre avant la fin de la législature. Etant données, d'autre part, les nombreuses occupations de cette fin de session, le temps nous manque pour procéder à l'examen méthodique de ses divers articles.

La présente proposition de loi pourra être reprise par la Commission d'hygiène de la prochaine Chambre qui pourra, à ce moment, rédiger un rapport plus complet. Nous avons tenu simplement à déposer un rapport sommaire à temps pour qu'au cours de la prochaine période électorale, l'opinion publique soit saisie de cette question de la réforme complète de la législation pharmaceutique et comprenne combien il importe de la solutionner rapidement.

Nous avons le sentiment que la solution que nous proposons est équitable. Elle s'inspire avant tout du souci de protéger la santé publique, mais elle ménage suffisamment les divers intérêts en présence.

Nous espérons que la Chambre, comme le public et les intéressés, lui réserveront un accueil favorable.

(*A suivre.*)

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNEE 1914

1er Semestre

Cette table contient sept parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Sociétés et Groupements scientifiques et d'Intérêt Professionnel. — IV. Auteurs des articles scientifiques et professionnels. — V. Jurisprudence médicale. — VI. Accidents du travail. — VII. Petite correspondance hebdomadaire.

I

Partie Scientifique

A

B

II

Partie Professionnelle

III

Sociétés et Groupements scientifiques et d'Intérêt Professionnel

IV

TABLE des AUTEURS

d'Articles Scientifiques et Professionnels contenus dans le CONCOURS MÉDICAL (Année 1914, 1e semestre)

G

H

J

K

L

M

N

V

Jurisprudence médicale

VI

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Table analytique par ordre alphabétique

VII

Petite Correspondance hebdomadaire

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX et THIRON

2me Semestre 1914, 1915, 1916.

Trente-sixième année, N° 27 Dimanche 5 Juillet 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une conversation sur l'hygiène. Les idées du Dr Jacques Bonhomme.

Le retour de l'été avait ramené sur le Mail le Dr Jacques Bonhomme et son ami Bourru.

Ils avaient repris, à l'ombre des platanes, leurs promenades quotidiennes et leurs discussions passionnées. On les voyait marcher parfois à grands pas, puis brusquement, s'arrêter ; Jacques Bonhomme brandissait alors sa canne, tandis que Bourru, impassible, les mains derrière le dos, un léger sourire sur les lèvres et une ironie imperceptible dans le regard, s'amusait fort des emballements de son vieux camarade, emballements qu'il savait d'ailleurs très habilement provoquer.

***

—« Notre pauvre ville est infecte, dit un jour Bourru en abordant son ami. La chaleur active la putréfaction des fumiers amoncelés un peu partout. Je viens de traverser le Vallat : des ruisseaux de purin sortent de chaque porte-charretière et s'égouttent lentement en suivant la déclivité de la place. Les tas d'ordures, que l'on n'enlève plus régulièrement, laissent dégager une odeur pestilentielle. Quelques porcs errants fouillent tout cela de leur groin, et la rue, devenue basse-cour, est envahie par les volatiles qui grattent le sol de leurs pattes et déposent un peu partout leur guano. On prétend que les égouts sont engorgés, que nos conduites d'eau sont infectées, que toi et tes confrères soignez un nombre inusité de diarrhées et de fièvres typhoïdes.

« Elle est propre, l'hygiène de M. le Maire. Et cependant, c'est un médecin, notre maire, ami Bonhomme ! C'est un peu à toi que nous le devons. C'est toi qui l'as hissé au Conseil général, qui lui as frayé le chemin de la Chambre et celui du Sénat.

« Est-ce pour vous remercier, toi et tes confrères, qu'il nous prépare quelque bonne petite épidémie, pour le plus grand profit de MM. les médecins et pharmaciens de la région ? »

— « Accuse-nous, répliqua Bonhomme, d'empoisonner les sources, comme les juifs au moyen-âge, et de répandre les maladies. »

— « Pas tout à fait, mais tout ceci n'excuse guère les négligences de la municipalité, protesta Bourru. »

— « Tu as raison, mon cher, mais, sans excuser, on peut cependant expliquer. Notre maire ne peut actuellement faire sérieusement

acte de police sanitaire. S'il le tentait aujourd'hui, il devrait demain démissionner. Nos paysans ont de vieilles coutumes qui ne s'accordent guère avec les exigences de la propreté. Ce n'est pas en quelques années qu'on modifiera leurs mœurs et qu'on vaincra leurs préjugés. Nous avons un règlement sanitaire, mais j'avoue que notre maire n'a pas l'autorité voulue pour le faire respecter. »

— « Et en attendant, conclut Bourru, nous devons nous laisser platoniquement asphyxier, décimer par la fièvre typhoïde et continuer à patauger dans l'ordure pour la plus grande popularité de M. le maire, docteur et sénateur, à qui il ne convient pas de contrarier ses malpropres électeurs. »

— « Je ne dis pas cela, reprit Bonhomme que cette discussion embarrassait manifestement. Mais je te répète que notre maire est un brave homme qui ne peut obtenir davantage, qu'il est injuste de le rendre responsable des préjugés de nos concitoyens et des vices de nos institutions ; que l'on ne devrait pas charger un magistrat municipal, élu et par suite prisonnier de ses électeurs, de la police sanitaire d'une ville. »

— « Mais qui donc, alors veillera, à l'hygiène ? protesta Bourru. Faudra-t-il, pour faire balayer les rues, assainir les égouts, vider les fosses, veiller à la pureté des eaux, et prendre les mesures banales de prophylaxie, nous faire expédier de Paris, un beau monsieur, très décoré, très diplômé, un nouveau budgétivore ? Faudra-t-il donner à cet étranger, qui ignore tout de nous, sous prétexte d'hygiène, le droit de venir enquêter chez nous, violer nos domiciles, s'insinuer dans notre vie intime ? Tout cela parce que M. le maire ne veut pas faire de mécontents ?

« Sont-ce là tes doctrines en matière d'hygiène urbaine, mon Bonhomme ? Il me semble que, lors de ton retour du Congrès des Praticiens, tu ne parlais pas ainsi; on ne t'entendait vanter que la décentralisation ; tu demandais que les initiatives sanitaires partissent de la périphérie et tu condamnais toute organisation centralisée tracassière et inopérante. Et c'est pour réaliser ces beaux principes que tu veux enlever aux maires leurs fonctions sanitaires pour les donner sans doute à un fonctionnaire du Ministre ou, ce qui serait pis, de M. le Préfet ? Un peu de logique, mon ami »

— « J'ai longuement réfléchi à cette grave question, reprit Bonhomme, qui parut tout à coup prendre très au sérieux les reproches de son ami. Certes, à notre époque, en tenant compte de l'ignorance et des mœurs du peuple, faits que nous devons accepter, que nous le voulions ou non, il n'est pas facile de réaliser une organisation sanitaire parfaite. Mais comme il faudra sans doute plusieurs générations pour instruire suffisamment le public sur ce point, pour faire accepter de bon cœur, réclamer même par nos paysans l'exécution d'un programme sanitaire, nous devons, en attendant mieux, enlever au maire qui est incapable de le remplir, le devoir, de veiller à la santé de la Cité. Je crois que sans avoir recours au Pouvoir central, qui cependant doit avoir un droit de contrôle et doit aussi en partie fournir les moyens nécessaires à la défense sanitaire ; je crois, dis-je, que, sans avoir recours au Pouvoir central, on peut en dehors du maire organiser l'hygiène publique dans ce pays. »

— « Continue, dit Bourru. Je vois que tu as quelque projet stupéfiant à me servir. »

— « C'est vrai, j'ai mon projet. Oh ! il ne m'est pas absolument personnel et je ne m'acharnerai pas à en revendiquer la propriété (1).

« Je pars de ce principe : La défense sanitaire doit s'organiser localement ; elle doit être le résultat d'une coopération intime entre les techniciens, les médecins praticiens et les représentants des populations, sans cela l'on ne peut raisonnablement rien faire de bon en l'espèce. Venue de loin, la défense sanitaire sera toujours mal accueillie, policière, tracassière, vexatoire et sans effet. Il est évident que dans la commune, le maire paraît être l'homme le plus désigné pour être l'agent exécutif chargé de veiller à la santé de ses administrés. Cela serait vrai si la population était suffisamment instruite, si le maire, homme de valeur, de tact, de bon sens, et jouissant d'une véritable autorité morale, pouvait faire accepter sans discussion ses décisions. Malheureusement, en France, il n'en est pas toujours ainsi, et nous devons nous incliner devant les faits, tout en cherchant à les modifier. D'ailleurs la commune, sauf pour les villes de quelque importance, serait souvent une trop petite unité pour permettre une organisation sérieuse et disposant de moyens suffisants.

« Mon projet consisterait à grouper les communes d'un canton ou de plusieurs cantons en une

(1) Lire plus loin : Partie Professionnelle : « Le rôle social du médecin ; l'organisation méthodique de l'hygiène ».

sorte de syndicat qui nommerait un Comité sanitaire. Ce Comité serait composé de deux groupes. L'un, formé de techniciens, comprendrait les médecins de la région, comme membres de droit, ou plutôt les délégués élus par leur Syndicat, on leur adjoindrait quelques autres techniciens à compétence spéciale : un pharmacien ou un chimiste, un architecte ou un agent-voyer, un ou plusieurs vétérinaires ; enfin des juristes complèteraient ce groupe. L'autre partie du Comité sanitaire serait formée par les représentants des populations, par exemple par les délégués des conseils municipaux. On exigerait de ces derniers quelques garanties d'instruction pour éviter l'obstruction systématique d'un ignorant entêté.

« Ce Comité aurait une existence légale, aurait le droit de posséder, d'intenter des actions en justice. Il pourrait en outre, dans une certaine limite, prendre les mesures nécessaires qui, dans des circonstances données, pourraient être frappées d'appel.

« Ce Comité choisirait son agent exécutif ; il aurait la faculté de présenter à l'agrément du Préfet ou du Gouvernement Central, un inspecteur sanitaire, docteur en médecine ayant exercé pendant un certain temps sa profession, mais devant désormais l'abandonner. Cet inspecteur, qui aurait déjà fait preuve d'une compétence spéciale, jouerait à la fois le rôle de ministère public et d'agent exécutif devant le Comité. Pour assurer l'indépendance de cet inspecteur sanitaire, on le ferait jouir comme les magistrats d'une sorte d'immunité. Il susciterait ou ferait les enquêtes sanitaires, soumettrait ses observations au Comité, qui pourrait soit les adopter et donner par un arrêt force de loi à ses décisions, soit faire une nouvelle enquête et prendre d'autres déterminations que l'inspecteur devrait faire exécuter.

« Je ne pense pas que cette institution nouvelle, absolument décentralisée, qui pourrait garder contact avec un contrôle central et bénéficier en outre d'une organisation départementale ou régioniale capable de mettre à la disposition des Comités locaux, les laboratoires et le matériel nécessaire, je ne pense pas que cette institution soit irréalisable. Les médecins syndiqués y joueraient le rôle prépondérant, sans pour cela se passer de l'assentiment, de la coopération de la population, qui y aurait ses délégués. Alors, peut-être, la France jouirait d'une organisation sanitaire réellement utile et dont l'action serait efficace.

— « Ton système est séduisant, dit Bourru, qui avait consciencieusement suivi l'exposé de Bonhomme ; mais il a un défaut, grave dans notre pays : il rompt en visière avec l'uniformité de nos administrations, supprime les pontificales hiérarchies et exige la constitution d'organismes autonomes que l'on n'a guère eu coutume de voir jusqu'à ce jour s'épanouir sur le territoire de notre République napoléonienne et fortement centralisée. A peine pourrait-on leur trouver quelque vague analogie avec les commissions hospitalières qui, elles, le plus souvent, sont absolument à la merci des préfets ?

« Aussi en attendant la réalisation de tes rèves, nous pourrons très longtemps, je le crains, grâce à l'indulgence de notre excellent maire, patauger dans l'ordure et mourir de fièvre typhoïde, car je ne crois guère à l'avenir des vaccins ni des sérums.

« Tu es sceptique sur tous les points et tu as tort, termina le Dr Jacques Bonhomme. »

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital des Enfants-Malades : M. le professeur Kirmisson.

Kystes congénitaux du cou.

J'ai fait venir, pour vous la présenter, une fillette qui porte, à la région latérale gauche du cou, une petite tumeur. L'histoire de la malade est simple. C'est une enfant de 9 ans, entrée ces jours derniers à l'hôpital. Elle a toujours été bien portante, en dehors de l'affection pour laquelle nous l'avons admise dans nos salles. Déjà, quelques semaines après sa naissance, ses parents avaient remarqué l'existence, à la partie gauche de son cou, d'une saillie offrant alors les dimensions d'un noyau de cerise. Cette petite tumeur, indolente, se développa régulièrement et insensiblement. Depuis 4 à 5 mois, cependant,

son accroissement s'était fait d'une façon plus rapide, ce qui avait décidé sa mère à nous la conduire à la consultation.

Quand nous examinons l'enfant, la tête en rectitude, nous voyons se dessiner, sur la partie gauche du cou, au niveau du sillon qui réunit la région latérale à la région sous-maxillaire, une petite grosseur arrondie, du volume d'une noix. La tumeur se voit mieux lorsqu'on met la tête en hyperextension. La peau qui la recouvre a un aspect normal et conserve toute sa mobilité.

Par contre, la néoplasie n'est pas, elle-même, mobile sur les plans profonds. Elle est reliée aux parties sous-jacentes par un pédicule et se déplace pendant les mouvements de déglutition. Elle recouvre la membrane thyro-hyoïdienne et l'os hyoïde, et a des adhérences avec l'appareil hyoïdien.

Le diagnostic n'offre pas ici de difficultés. En présence d'une lésion comme celle-là, on doit penser à un kyste congénital du cou. La tumeur occupe, en effet, le siège habituel des kystes congénitaux, et elle en offre les caractères principaux : saillie arrondie, fluctuante, avec adhérences à l'appareil hyoïdien sous-jacent, et recouverte d'une peau normale. D'autre part, nous savons que la mère de l'enfant a constaté la grosseur dès le deuxième mois après la naissance, ce qui indique qu'elle est congénitale. Vous savez le sens que nous attribuons à ce terme. Il ne veut pas dire : affection reconnue à la naissance, mais affection rattachée au développement du fœtus. L'enfant, d'ailleurs, est bien portante. Nous ne constatons, nulle part ailleurs, de ganglions. Il est très rare, vous le savez, qu'une adénopathie comme celle qui pourrait être en cause ici, se localise à un seul ganglion et ne s'accompagne pas d'autres ganglions dans le voisinage.

Il y a quelque temps, je vous ai fait une leçon sur un cas analogue. Il s'agissait d'un jeune garçon qui portait sur la ligne médiane du cou un orifice fistuleux, trace d'un kyste congénital suppuré de la région thyro-hyoïdienne. A cette occasion, je vous ai parlé des kystes congénitaux du cou. Je ne crains pas de revenir sur cette question que je prendrai sous un aspect un peu différent.

Les kystes congénitaux du cou constituent un sujet vaste et complexe. Il en existe 3 grandes variétés, qui sont : les kystes séreux, les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes.

Les kystes séreux sont des tumeurs très différentes de celle que vous avez sous les yeux. Ils ne sont pas très rares. En général, ce sont des masses volumineuses et multiloculaires. On parle bien de kystes séreux congénitaux uniloculaires : ils doivent être exceptionnels et je ne me souviens pas en avoir vu un seul exemple. Habituellement, ces kystes sont multiloculaires, comprenant un nombre assez grand (on en a rencontré des centaines) de petits kystes accolés. Ils siègent ordinairement sur les parties latérales du cou et peuvent être d'un volume tel qu'ils occupent toute la hauteur du cou. Ces tumeurs ont une tendance à envahir les parties voisines, à s'infiltrer dans les interstices et même dans les muscles, se comportant un peu à la façon des néoplasies malignes. Ils peuvent parfois gagner l'aisselle, pénétrer dans le médiastin.

Que sont ces kystes dits séreux ? Au point de vue pathogénique, deux grandes théories ont été proposées pour les expliquer, la théorie veineuse et la théorie lymphatique. En faveur de la théorie veineuse, on peut faire valoir les connexions des kystes avec les veines. Ces connexions sont importantes à connaître en pratique ; elles expliquent pourquoi, lorsqu'on entreprend l'ablation des kystes séreux, on s'expose à léser des gros troncs veineux, en particulier la jugulaire. Or, la blessure des veines peut être dangereuse, par l'hémorrhagie et par la pénétration possible de l'air dans les veines. Un autre argument en faveur de l'origine veineuse est la nature quelquefois hématique du contenu des kystes. Tous ces arguments, il est vrai, n'emportent pas la conviction, car des tumeurs lymphatiques peuvent donner des hémorrhagies. Aujourd'hui, c'est la théorie lymphatique qui semble offrir le plus de probabilités et rallier le plus de suffrages.

Quel est le traitement des kystes séreux congénitaux du cou ? On a vanté, contre eux, les injections de teinture d'iode, mais elles n'ont guère de valeur qu'au cas de kyste uniloculaire. Quand il y a des kystes multiples, il est évident que l'injection iodée est inapplicable et que l'on doit recourir à l'extirpation. Rappelez-vous, au cours de l'opération, les connexions de la tumeur avec les grosses veines du voisinage.

La deuxième modalité des kystes congénitaux du cou est représentée par les kystes dermoïdes. Ce sont des poches ayant, à la face interne, une paroi à caractère cutané, tapissée par un épithélium pavimenteux. Outre ce revêtement d'épithélium, on trouve souvent des éléments glandulaires et des poils. Verneuil a expliqué la genèse des kystes dermoïdes en les considérant comme des enclavements de la peau. La partie supérieure de l'embryon, vous le savez, ne se forme pas par une masse unique, mais par des bourgeons que séparent des sillons. Ces sillons portent le nom de sillons branchiaux ou fentes branchiales. Verneuil a supposé que les fentes branchiales, en se fermant, pouvaient englober un bourgeon épidermique susceptible de devenir le point de départ du kyste dermoïde. La théorie en question a fait fortune et est encore admise actuellement.

Les kystes dermoïdes se rencontrent surtout à la région antérieure et latérale du cou ; ils n'exis-

tent guère à la région postérieure. Nous en avons eu dans le service des exemples intéressants, à la région parotidienne, au plancher de la bouche, sur les parties latérales du cou, à la région hyoïdienne.

La troisième variété de kystes congénitaux, observée aussi à la partie supérieure du cou, est le kyste mucoïde, ainsi nommé parce que son contenu, au lieu d'être la matière sébacée du kyste dermoïde, est une matière filante, muqueuse. Sa paroi interne est tapissée, non par un épithélium pavimenteux, mais par un épithélium cylindrique. Ici, la théorie de l'enclavement de Verneuil n'est plus applicable. Cette variété de kyste a tenu longtemps en échec les chirurgiens, quant à sa pathogénie. Nélaton l'avait rattachée à des glandules de la muqueuse pharyngo-laryngée. La confusion a cessé avec les recherches de Hiss sur le développement embryonnaire du cou. Hiss a décrit, sous le nom de conduit thyréo-glosse, un prolongement thyroïdien vers la base de la langue, dont l'existence a été admise par tous les observateurs. Une partie de ce conduit a reçu le nom de canal de Bockdaleck. D'ailleurs, le conduit thyréo-glosse n'est pas unique, mais offre fréquemment des diverticules. Eh bien, c'est à la faveur d'une dilatation de ces diverticules ou du canal lui-même que l'on voit se développer les kystes mucoïdes. La notion du canal thyréo-glosse jette un grand jour sur la pathogénie de ces kystes, si différente de celles des kystes à revêtement pavimenteux.

Les kystes congénitaux du cou constituent donc un sujet de pathologie complexe. Ce n'est pas tout. Les 3 variétés de kystes dont je viens de parler ne représentent pas encore la totalité des kystes congénitaux du cou. Il est une quatrième variété dont voici un exemple que j'ai observé en clientèle il y a une dizaine d'années. Il s'agissait d'un enfant de 20 mois, qui portait depuis longtemps une tumeur sur la partie latérale gauche du cou. La tumeur avait été le siège de phénomènes inflammatoires ; on l'avait incisée pour évacuer le pus, pensant à un abcès froid, et il était resté une fistule. Lorsque j'examinai l'enfant, il me fut facile de corriger le diagnostic d'abcès froid et de reconnaître, par le pincement des parties profondes entre les doigts, l'existence d'un prolongement vers le pharynx. Je fis l'extirpation de la lésion. A l'examen histologique de la pièce, on constata une structure microscopique très différente de celle des autres kystes. On trouva un revêtement pavimenteux mais avec une couche de follicules clos, au-dessous, et, plus profondément, des éléments glandulaires. Je publiai ce cas dans la *Revue d'orthopédie* en 1903. M. Lecène rapporta, deux ans plus tard, deux observations analogues du service de M. Terrier. Du reste, en cette matière, la priorité n'appartient ni à moi ni à M. Lecène, car bien des observations avaient été signalées antérieurement. Depuis, d'autres travaux ont paru sur le même sujet.

En somme, cette quatrième variété est caractérisée par la structure spéciale du kyste (épithélium pavimenteux, follicules clos, éléments glandulaires). Evidemment, la pathogénie qui fait dériver les kystes mucoïdes du canal thyréoglosse n'est plus admissible ici. Le revêtement, par exemple, est pavimenteux et non à épithélium cylindrique. Force est de chercher une autre pathogénie. Il faut admettre que ces kystes se développent aux dépens des poches branchiales. Autrefois, on voyait dans les fentes branchiales des fentes véritables. Hiss a étonné un peu les histologistes en venant montrer que ce n'était pas de véritables fentes, mais des dépressions, des fossés profonds. On peut attribuer les kystes en question à une évagination de dedans en dehors de ces poches, de la paroi pharyngée en définitive, d'où la constitution spéciale de la tumeur. Ces kystes ont ceci de particulier : ils siègent non sur la ligne médiane, mais sur les parties latérales, plutôt du côté gauche que du côté droit. On les trouve à une hauteur variable du cou. Ce sont des kystes profonds, en connexion intime avec la paroi du pharynx. Dans le cas que j'ai opéré, j'ai été très préoccupé par ce fait que les tractions sur le kyste soulevaient le pharynx. J'ai dû faire une dissection minutieuse pour éviter d'ouvrir cet organe.

Cela dit sur la ature et les formes des kystes congénitaux du cou, il est bien évident que, dans toutes les variétés, le seul traitement à employer est l'extirpation. L'opération n'est pas difficile, mais elle exige du soin, car il faut procéder à l'extirpation complète de la lésion sous peine de récidive. Ce qui expose à la récidive, dans les kystes développés aux dépens du canal thyréoglosse, c'est l'existence fréquente de ramifications de ce canal. La persistance d'une branche peut amener la récidive.

Pour ce qui concerne la petite malade actuelle, je procéderai demain à l'extirpation de son kyste. Celui-ci enlevé, je ferai faire un examen histologique pour savoir à quelle variété nous avons affaire. Je n'affirme nullement qu'il s'agit d'un kyste de la quatrième variété. Il est possible qu'il s'agisse d'une autre forme, d'un kyste dermoïde. Nous ne possédons pas de moyens cliniques pouvant nous fixer, permettant de dire : voilà un kyste de la quatrième variété (kyste appelé par les auteurs : kyste pharyngien, paramédian, kyste amygdaloïde), ou voilà un kyste dermoïde simple. Seul l'examen histologique nous donnera la réponse.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Vie autonome des tissus en dehors de l'organisme. — Appareil pour le traitement de la dyspnée. — Assainissement des lieux habités. — Traitement des cystites tuberculeuses par les injections de bacilles lactiques. — Hémorrhagie retardée dans une rupture de la rate. — L'éther dans les infections péritonéales. — Valeur de la constante uréo-sécrétoire. — Histoire d'une femme malade scalpée par une courroie de transmission. — Mort d'un fœtus vers la fin du 5e mois de la grossesse. — Quelques réflexions sur un cas de tuberculose annexielle. — Un cas d'anurie post-opératoire. — Epithélioma atypique.

M. Pozzi communique à l'*Académie de médecine* une note sur *la vie autonome des tissus en dehors de l'organisme et l'état du tissu conjonctif après deux ans et quatre mois*, d'après les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel.

Dans un travail, présenté à l'Académie le 18 juin 1912, M. Carrel a montré que du tissu conjonctif pouvait vivre d'une façon permanente à l'état de vie autonome. Ce tissu conjonctif provenait d'un fragment de cœur qui avait été enlevé, le 17 janvier 1912, à un embryon de poulet âgé de sept jours et cultivé dans du plasma de poulet adulte. Pendant cent quatre jours, ce fragment présenta des contractions rythmiques et produisit une grande quantité de cellules conjonctives.

Depuis cette époque, les colonies cellulaires de M. Carrel se sont développées activement. Elles ont aujourd'hui 28 mois de vie autonome au cours de laquelle elles ont subi 355 passages. Non seulement leur pouvoir de prolifération, avec le temps, n'a pas diminué, mais il s'est accru dans des proportions assez notables. On peut donc, conclut M. Pozzi, dire des cellules conjonctives ce que Weissmann disait des colonies d'infusoires, qu'elles sont potentiellement immortelles.

— M. Reynier présente à l'*Académie de médecine* un *appareil régulateur et amplificateur des mouvements respiratoires*, dû à MM. les Drs Marie et Nachmam.

Cet appareil est destiné aux malades dyspnéiques par affections cardiaques ou des voies respiratoires. Son dispositif a pour but de rendre le sommeil possible, en maintenant le patient dans la position spéciale que prennent naturellement les sujets dyspnéiques pour mieux respirer (position assise, le corps penché en avant, les bras s'arc-boutant sur le dossier d'une chaise). L'appareil se fixe au lit. Il permet au malade de dormir, tout en améliorant sa respiration.

— M. Trillat lit à l'*Académie de médecine* une note sur l'*assainissement des lieux habités et en particulier des salles de malades.*

Des recherches de laboratoire ont montré à M. Trillat qu'à côté des poussières sèches, il existait dans les appartements des poussières aqueuses microbiennes, de dimensions beaucoup plus réduites, dont les propriétés sont différentes. Contrairement aux poussières sèches, elles peuvent se maintenir plus longtemps en suspension dans l'atmosphère, se nourrir, se sélectionner, et se multiplier rapidement en formant, dans certaines conditions, des buées microbiennes invisibles.

L'auteur pense que l'on pourra lutter contre ces buées microbiennes en utilisant les propriétés exercées sur elles par le froid. Une surface refroidissante, placée même à plus de 20 mètres, les attirent. Il resterait à donner à cette propriété assainissante du froid une formule pratique.

— M. Marion fait à la *Société de chirurgie* un rapport sur un travail de M. Vinay relatif au *traitement des cystites tuberculeuses par les injections de bacilles lactiques.*

S'appuyant sur les bons effets des applications d'acide lactique dans le traitement des ulcères tuberculeux de la gorge et du larynx, d'une part, sur les résultats également intéressants obtenus dans certaines entérites bacillaires par l'absorption de lait renfermant des bacilles lactiques, d'autre part, M. Vinay eut l'idée d'employer les cultures pures de ces bacilles dans les lésions tuberculeuses de la vessie.

M. Vinay s'adressa à des malades néphrectomisés antérieurement pour bacillose rénale, chez qui, à la suite de l'ablation du rein, les troubles vésicaux ne s'étaient pas amendés. Tous ces malades avaient déjà subi, sans amélioration, les traitements habituellement utilisés en pareil cas : huile gomenolée, enfumage iodé, ingestion de bleu de méthylène, etc. Des patients atteints de tuberculose rénale, non opérés, ayant de la cystite, furent également soumis au traitement.

Au bout d'un nombre variable d'injections bacillaires intra-vésicales, tous les malades sans exception obtinrent une amélioration évidente, parfois tellement notable qu'ils se sont considérés comme guéris.

Cette méthode, dont les détails de technique demanderont à être mis au point, paraît supérieure aux autres procédés actuellement en usage dans le traitement des cystites tuberculeuses.

M. Pierre Delbet demande si les cultures en question agissent simplement par l'acide lactique ou si le microbe se greffe dans la vessie et continue à y vivre.

M. Marion répond que des examens d'urine pratiqués quelques jours après les injections de bacilles révèlent encore l'existence du bacille. L'action est donc ainsi prolongée.

— M. Routier rapporte à la *Société de chirurgie* un cas d'*hémorrhagie retardée dans une rupture de la rate.*

Il s'agit d'un sujet de 18 ans qui fut renversé sur la voie publique par un lourd chariot, lui ayant

ensuite passé sur le corps. L'état immédiat parut très peu inquiétant : aucun symptôme, à part quelques érosions ou ecchymoses des téguments, bon état général. Le blessé fut seulement maintenu au lit, par prudence, pendant une semaine. Il se leva le septième jour et descendit au jardin. Comme il s'amusait à courir et à sauter,il ressentit tout à coup de vives douleurs dans le ventre, avec maximum à gauche.

Le lendemain, le ventre était un peu ballonné, douloureux. Le visage se montrait angoissé.L'état du patient sans rien de défini, paraissait inquiétant. M. Routier pratiqua alors une laparotomie, trouva une collection abondante de sang dans le petit bassin, dont la source remontait à une déchirure de la rate et de l'épiploon gastro-hépatique. La splénectomie et des ligatures amenèrent la guérison.

Ce cas est un exemple d'hémorrhagie très retardée après une rupture traumatique de la rate. Il montre, une fois plus, combien il faut être prudent dans les contusions intenses de l'abdomen. La grosse hémorrhagie fut provoquée le 7e jour, par les efforts de course et de saut qui détachèrent probablement le bouchon épiploïque et les caillots qui bouchaient la plaie splénique et assuraient l'hémostase.

— M. Pauchet (d'Amiens) soulève à la *Société de chirurgie*, à propos d'une opération de gastrectomie, la question de l'*emploi de l'éther dans les infections péritonéales.*

Le grand lavage du péritoine à l'éther paraît dangereux à M. Pauchet. On peut laver avec l'éther une portion limitée du péritoine sali par le contenu gastrique, ou du pus, mais l'inondation péritonéale large peut entraîner des accidents, des troubles asphyxiques en particulier.

M. Quénu pense qu'il faut se défier des excès de cette pratique et surtout ne pas laisser d'éther dans la cavité abdominale.Il cite un cas mortel publié dans la littérature américaine.

M. Pierre Bazy a vu une malade cesser de respirer dès les premiers grammes d'éther tombés dans le pelvis. La respiration artificielle guérit, d'ailleurs, la patiente.

M. Mauclaire a laissé dans le ventre, dans un cas de péritonite généralisée, de l'éther. Malgré le drainage, la malade est devenue bleue, apnéique, et ne s'est pas réveillée. Il est donc nécessaire d'essuyer l'éther, pour qu'il n'en reste pas dans le petit bassin.

M. Ricard rapporte un cas analogue. Après une opération d'annexite, pratiquée par M. Labey, une certaine quantité d'éther fut laissée dans le ventre, et l'on plaça un drain volumineux. Après le pansement, au moment où l'on reportait la femme dans son lit, elle présenta subitement des phénomènes d'asphyxie auxquels elle succomba.

M. Ombrédanne emploie beaucoup le lavage du péritoine à l'éther dans son service d'enfants. Il n'a jamais eu d'accidents, mais il a eu des incidents. Aussi, éponge-t-il soigneusement l'éther ; il maintient le ventre ouvert jusqu'au retour du réflexe cornéen. Sous ces réserves, la méthode donne des résultats excellents.

M. Potherat a observé quelquefois au moment où l'on introduit l'éther dans le ventre, une augmentation de l'anesthésie et de la cyanose. Il arrête l'anesthésie générale dès que commence le lavage péritonéal à l'éther.

M. Tuffier regarde l'éther comme un antiseptique très diffusible et très utile dans ses applications locales intra-abdominales, mais il ne laisse pas le liquide dans l'abdomen et n'oserait verser l'éther à flot dans le ventre et suturer la paroi.

M. Souligoux rappelle que c'est depuis sa communication du 19 février 1913 que le lavage de toute la cavité péritonéale à l'éther en cas de péritonite généralisée est entré dans la pratique. Depuis cette époque,de nombreuses observations ont été publiées montrant le rôle bienfaisant joué par l'éther dans cette redoutable affection qu'est la péritonite généralisée. Malheureusement, on a exagéré, et, par une sorte d'émulation, on est arrivé à verser des quantités trop grandes d'éther sans se préoccuper de ce qui restait dans l'abdomen. Il faut éponger le liquide, avant de terminer l'opération et drainer. Il convient d'ailleurs, de ne pas attribuer toujours à l'éther les accidents observés en pareil cas. Ils peuvent relever de l'anesthésie générale et de la péritonite.

— M. Cathelin fait à la *Société des Chirurgiens de Paris* une communication sur la *valeur de la constante uréo-sécrétoire.*

Après avoir rapporté des cas où la guérison opératoire s'est produite malgré une mauvaise constante et d'autres cas où il y a eu mort avec une constante excellente, M. Cathelin déclare que la constante d'Ambard doit être purement et simplement mise en faillite, comme méthode douteuse, incertaine et dangereuse.

M. Pasteau répond qu'on ne saurait approuver, sans grandes réserves, la critique de M. Cathelin. La méthode d'Ambard, il est vrai, est souvent mal appliquée. P. L.

— M. J. Monod relate à la *Société française de stomatologie* l'histoire d'une jeune malade, scalpée par par une courroie de transmission qui lui arracha l'oreille droite. Cet organe fut remplacé par un appareil de prothèse fixé dans le conduit auditif externe par deux palettes épousant la forme de ce conduit et montées à l'extrémité de petites branches actionnées par des ressorts en caoutchouc ; les leviers de manœuvre sont dissimulés derrière l'oreille. Les photographies et modèles présentés montrent bien l'excellence du résultat obtenu

— M. Rousseau-Decelle présente une observation d'une netteté saisissante démontrant bien la relation de cause à effet qui peut exister entre une lésion inflammatoire dentaire et une pelade avec synalgie. L'avulsion du débris radiculaire en cause fit cesser immédiatement les phénomènes pathologiques.

— M. Guillemin démontre qu'il n'y a pas lieu de considérer comme un muscle particulier, chez l'homme, les faisceaux musculaires aberrants décrits sous le nom de muscle mylo-glosse par quelques auteurs.

Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier.

— M. Ch. Lassale. *Mort d'un fœtus vers la fin du 5e mois de la grossesse ; rétention du fœtus mort pendant 6 mois ; expulsion spontanée de l'œuf deux mois après le terme normal de la grossesse.*

Chez une décipare de 38 ans, dont les dernières règles remontent au 17 août, de l'anasarque et de l'albuminurie sont constatés à 4 mois et demi, et le régime lacté institué. Des mouvements actifs sont perçus vers cette époque persistant quinze jours environ et cessant alors pour ne plus reparaître, en même temps que s'affaissent les varices des membres inférieurs. Après un faux travail, survenu 9 mois après la date des dernières règles, l'œuf est spontanément expulsé le 17 juillet, soit deux mois environ après le terme présumé. L'œuf complet contenait, dans des membranes épaisses et grisâtres, 150 grammes de liquide épais et un fœtus momifié de 18 centimètres de long.

M. Paul Delmas, s'appuyant sur ses recherches personnelles, rappelle que les variations individuelles de la distance ombilico-pubienne exposent à trop d'erreurs pour que l'on puisse valablement faire état du nombril comme point de repère pour la détermination objective de l'âge de la grossesse. D'autre part, même évaluée par sa hauteur au-dessous du pubis, la taille de l'utérus offre de nombreux écarts. Enfin, la date des dernières règles quand elle peut être fixée n'est, pour certains auteurs, qu'un renseignement de médiocre valeur.

Toutes ces données, par contre, permettent, par leur groupement, une approximation très suffisante en clinique.

M. Lassale, au sujet de la valeur diagnostique de la cessation des menstrues au cours de la gestation, raconte le fait d'une personne qu'il a pu suivre de très près, au cours de sa huitième grossesse, et qui, ce temps durant, n'a cessé d'avoir chaque mois ses règles ordinaires avec leurs caractères normaux.

— M. de Rouville. *Quelques réflexions sur un cas de tuberculose annexielle.* — A l'occasion du cas qu'il rapporte, l'auteur montre combien est cliniquement difficile le diagnostic de la tuberculose des annexes qu'il n'a fait,dans le cas présent, qu'en trois étapes, ayant d'abord formulé le diagnostic de tuberculose annexielle possible, puis probable, enfin certaine. Il montre l'insuffisance des signes physiques et des procédés de laboratoire et l'importance de la recherche d'une anamnèse serrée et de l'observation patiente de l'évolution du mal.

Au point de vue anatomique, son observation lui permet d'insister sur l'hypoplasie génitale dans la tuberculose génitale de la femme. Enfin, l'absence de corps jaunes dans les ovaires de son opérée, qui n'avait pas vu ses règles le mois précédent, lui paraît une bonne preuve de la dépendance, de plus en plus admise aujourd'hui, de la menstruation et de la sécrétion interne des ovaires localisée au niveau du corps jaune.

— M. Paul Delmas. — *Un cas d'anurie post-opératoire. Insuccès du traitement médical. Néphrotomie.* — Anurie survenue après une hystérectomie facile pour fibrome. L'uretère n'ayant pas été lésé, le problème se limite entre un réflexe post-opératoire ou une lésion toxi-infectieuse de l'épithélium rénal. Les injections sous-cutanées de sérum glucosé et la saignée n'empêchent pas l'apparition de l'urémie. Le rein est alors incisé ; le bassinet qui ne contenait pas d'urine, une fois drainé, la sécrétion se rétablit.

M. de Rouville estime l'examen préalable des urines peu sûr pour dépister l'insuffisance rénale latente. Il est très partisan du dosage de l'urée dans le sang.

— M. de Rouville. — *Epithélioma atypique, paravaginal, développé fort probablement aux dépens de la glande de* Bartholin.

Il s'agit, dans ce cas, d'un épithélioma atypique, qui n'a pas l'allure d'un épithélioma pavimenteux, et qui est fort probablement d'origine glandulaire (glande de Bartholin) ; l'absence des stades initiaux de la prolifération ne permet pas d'affirmer absolument cette origine P. D.

PATHOLOGIE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Rétrécissement traumatique de l'urèthre

Je soussigné, Charles Diverneresse, docteur en médecine, habitant à St-Mandé (Seine), 12, rue des Villas, déclare avoir reçu à mon domicile, le 27 février 1914, à 3 heures du soir, la visite d'un ouvrier qui m'a dit se nommer G., être âgé de 45 ans, habiter, à Paris, exercer la profession de palefrenier.

A son dire :

Le samedi 22 avril 1911, G. en arrangeant une mangeoire à chevaux tombe « à califourchon » sur le bat-flanc de la loge.

Eprouvant une très vive douleur, G. se rend chez un médecin de la Cie « La P. » à laquelle était assuré son patron, M. et Cie, à Paris. Le Dr B., médecin de l'assurance, prescrit des compresses chaudes et le malade rentre à son domicile.

Toujours à son dire, G. éprouva des douleurs de plus en plus intolérables, envoya chercher le médecin qui était absent, et se fit

conduire en voiture à l'hôpital St-Louis, le dimanche soir à 5 heures. L'interne de garde administra immédiatement le chloroforme et fit l'opération de l'uréthrotomie externe, dont le blessé porte la cicatrice apparente.

Le certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, en date du 12 juin 1912, confirme que G. fut opéré dans le service du Dr Beurnier et que fut pratiquée sur lui une *uréthrotomie externe*,« nécessitée par un traumatisme. »

Après un séjour d'un mois, à St-Louis, G. bénéficia de six semaines de convalescence, dont trois se passent à Vincennes et trois chez lui.

Le 4 juillet 1911, reprise du travail chez le même patron, où il reste jusqu'à fin août 1911. A ce moment, G. quitte ce dernier et entre comme palefrenier au service du patron chez qui il est encore aujourd'hui (27 février 1914).

Depuis sa reprise du travail, G. se fait sonder chaque 15 jours et le certificat de l'hôpital St-Louis, qu'il nous a remis (et nous dit lui avoir été délivré) porte, en effet, que ce blessé devra « se sonder pendant longtemps pour éviter un *rétrécissement ultérieur qui arriverait fatalement.* »

G. nous demande

1° De l'examiner ;
2° De lui dire si son état s'est aggrav
3° D'établir un taux d'incapacité.

Etat actuel.

G. continue régulièrement les sondages pratiqués chaque quinzaine à l'hôpital. Mais il a constaté que depuis quelques mois, ses forces avaient diminué, il a maigri d'une façon notable et affirme avoir perdu 2 à 3 kilos.

Examen du blessé

° ÉTAT GÉNÉRAL

I° *Lésion du poumon.*

A 6 ans environ, G. présente de l'adénite cervicale suppurée ; celle-ci persiste jusqu'à 9 ans. Rien à signaler jusqu'à son arrivée au régiment où il est réformé au bout de trois semaines comme faible de constitution. Il remplit pendant quelques années dans les lycées de province, puis à Paris, le rôle de garçon de salle, affirme mener une vie régulière et ne s'est jamais arrêté pour cause de maladie.

Examiné à nu, G. paraît être un sujet amaigri, aux téguments blafards, pourvu d'un système pileux abondant. Les cicatrices de l'adénite cervicale sont apparentes.

A l'auscultation que nous pratiquons, nous constatons par la submatité et les modifications du timbre respiratoire que G. présente une *bronchite bacillaire* en évolution

II° *Lésion de l'urèthre.*

Examen local. — L'opération qui a porté sur le canal de l'urèthre a laissé une petite cicatrice siégeant en arrière des bourses. Au toucher, on ressent nettement une callosité entre les bourses et l'anus, cicatrice consécutive à son opération qui avait pour but la réfection de son canal. Avec l'explorateur à boule olivaire, nous sommes arrêtés à ce point précis : c'est bien là le siège d'un rétrécissement. Or, pour nous, l'origine et la forme de ce rétrécissement nous font porter un pronostic sombre sur l'évolution de ce cas. L'opinion des auteurs confirme notre manière de voir ; citons-en quelques-uns :

TILLAUX (*Anatomie topographique*, 10e édition, année 1900, p. 829) dit : « Les rétrécissements cicatriciels sont beaucoup plus difficiles à guérir « que les autres (les inflammatoires), ils résistent en général, à la dilatation et peuvent déterminer une oblitération totale du canal. Le « rétrécissement de l'urèthre peut devenir tellement serré qu'il soit infranchissable,... accident « que l'on n'observe jamais dans les rétrécissements d'origine inflammatoire. »

LEGUEU (*in Traité de chirurgie clin. et opér.* de DELBET et LE DENTU, p. 353, t. 9, année 1900) dit que « Dans *les cas heureux sur quelques malades,* « *les résultats éloignés nous montrent le bénéfice* « *que l'on doit attendre de l'uréthrotomie externe.* » Mais c'est loin d'être la généralité, puisque l'auteur ne fait allusion qu'à quelques malades.

Le Dr GERMAIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant de la consultation Civiale à Lariboisière, déclare dans un certificat délivré à notre blessé « que des dilatations ont été faites « depuis le 17 août 1911, tous les 15 jours, et ce « traitement devra être *continué indéfiniment* et « peut-être à intervalles *plus rapprochés pour* « *éviter un rétrécissement fatal.* »

D'après les travaux les plus récents (IMBERT, ODDO, CHAVERNAC : *Guide pour l'évaluation des incapacités*, 1913, p. 680 et suivantes) : « *Les rétrécissements traumatiques de l'urèthre sont in-* « *comparablement plus graves que les rétrécissements blennorrhagiques.* »

« *Conformément aux règles établies de la patho-* « *logie générale urinaire, dilatation de vessie, né-* « *phrite ascendante, fistule, sont la conséquence plus* « *ou moins éloignée de pareils traumatismes.* » « (Mêmes références.)

Pour ESCAT (de Marseille) : « *De par son rétrécissement, les affections des voies urinaires qui* « *pourront survenir, calculs, hypertrophie de la* « *prostate, seront notablement aggravées* ». (In IMBERT, ODDO, CHAVERNAC, p. 687). « *La cause de* « *la prostatite réside le plus souvent dans des sondages répétés, provoqués par le cathétérisme, rendu nécessaire par le rétrécissement.* » (In *Traité*

de chirurgie de DELBET et LE DENTU, p. 551, t. 9, année 1900.)

III° *Lésion du testicule*

Il est très difficile d'admettre qu'un traumatisme *sur le périnée* aussi violent que celui qu'a subi G., n'ait pas, en même temps que l'urèthre, lésé les testicules.

Tous les médecins savent, et cela aussi bien à cause des faits cliniques que d'expériences connues et indiscutables, que chaque fois qu'une personne est atteinte d'une tuberculose latente ou en évolution, si cette personne est victime d'un traumatisme, ce traumatisme peut faire appel et faire développer sur le point traumatisé les bacilles qui étaient ailleurs dans l'organisme, soit à l'état latent, soit en état d'évolution sur un autre point.

Or, G. présente actuellement au poumon droit des lésions qui établissent qu'à l'époque de son accident, il avait déjà certainement dans son organisme des bacilles de Koch, soit à l'état latent, soit en évolution.

Le traumatisme qu'il a subi sur les testicules, le 22 avril 1911, a donc appelé d'un autre point de l'organisme sur ces testicules des bacilles de Koch qui s'y développent actuellement.

Conclusions

1° Etant donné que G. a été victime d'une rupture de l'urèthre, dans sa portion membraneuse ;

2° Qu'une uréthrotomie externe a été pratiquée ;

3° Qu'il persiste un rétrécissement cicatriciel de la partie membraneuse de l'urèthre ;

4° Que l'évolution normale de ce rétrécissement cicatriciel aboutira (d'après les auteurs) fatalement à un rétrécissement infranchissable ;

5° Que tous les 15 jours il faudra dilater le canal de l'urèthre et que vraisemblablement on sera obligé de pratiquer cette opération à intervalles plus rapprochés, d'ici *peu de temps* (ainsi qu'il résulte du certificat à lui délivré) ;

6° Qu'il n'est pas douteux que cet état local n'influe sur son état général, et que son dépérissement, son amaigrissement, qui sont évidemment dus en partie à la lésion bacillaire du poumon, ne soient aussi aggravés par les lésions bacillaires de l'épididyme ; qu'il est probable aussi que le traumatisme des organes génito-urinaires a été l'appel sur l'épididyme des bacilles qui se développent dans le poumon ;

7° Etant donné, ainsi que l'indique le certificat de l'hôpital, que G. devra tous les 15 jours et probablement plus souvent, demander à son patron une permission de plusieurs heures pour aller se faire sonder ; que, de ce fait il y aura pour lui une nouvelle cause de diminution de son travail, une cause de frais médicaux et un motif fréquent de renvoi de la part des patrons qui l'auraient embauché ;

8° Etant donné que IMBERT, ODDO, CHAVERNAC constatent que le rétrécissement traumatique est une infirmité qui ne peut que s'aggraver (p. 689, année 1913) ;

Je conclus à une incapacité permanente partielle qu'on peut évaluer à 50 %.

En foi de quoi, j'ai délivré le présent certificat pour valoir ce que de droit.

Dr DIVERNERESSE.

Au reçu de ce certificat, l'avocat du blessé a envoyé au Dr Diverneresse la lettre suivante que nous publions pour indiquer à nos confrères que cette manière de rédiger un certificat facilite la tâche de l'avocat.

Paris, le 5 avril 1914.

Mon cher docteur,

Dans cette affaire, j'ai reçu communication de votre certificat qui me paraît *fort intéressant*. J'espère *qu'il me servira grandement* à faire triompher les légitimes intérêts de notre client.

Votre bien dévoué,
Maurice JUNCKER.

HYDROLOGIE

Les intoxications d'origine digestive
Leur traitement

Chez l'adulte et le plus souvent encore chez l'enfant, il n'est pas rare de voir apparaître au cours de dyspepsies banales ou d'entéropathies bénignes, de soi-disants états infectieux qui ne sont en réalité que des phénomènes d'intoxication, dus, le plus souvent, à une digestion insuffisante des substances albuminoïdes ingérées. Qu'il se produise un trouble quelconque dans la sécrétion des ferments digestifs, une hyperchlorhydrie ou une insuffisance de sécrétion, même passagère, qui empêche la transformation de l'albumine alimentaire, toxique par elle-même, et sa reconstitution suivant le type propre à l'espèce humaine, qu'il existe des lésions de la muqueuse intestinale n'opposant aux toxines qu'une barrière insuffisante, qu'il se produise même, à la suite d'une irritation, un spasme qui entrave la circulation des déchets et favorise leur rétention, aussitôt apparaissent les signes d'intoxication avec leur cortège de troubles divers, plus ou moins définis, et leur influence fâcheuse sur le système nerveux et sur tout l'organisme.

Chez l'enfant, ce sont des crises simulant une

indigestion ou une poussée d'entérite, ordinairement apyrétiques, ou accompagnées d'une légère élévation de température, qui se traduisent par des vomissements, des débâcles diarrhéiques, crises souvent fréquentes, entraînant de l'amaigrissement et une dénutrition marquée. Lorsque la sécrétion chlorhydropeptique est notablement insuffisante,ou que l'enfant est alimenté avec une trop grande quantité de matières albuminoïdes, apparaissent les anémies toxiques si bien décrites par Grawitz, anémies revêtant parfois le type de l'anémie pernicieuse. On les rencontre aussi chez l'adulte avec moins de fréquence. Chez celui-ci, on constate davantage les céphalées, les migraines, les vertiges, la dyspnée toxi-alimentaire et, d'une façon plus banale, les asthénies nerveuses et l'atonie du tube digestif.

La plupart de ces malades sont constipés, mais presque toujours des débâcles diarrhéiques succèdent à une période de constipation. Ce n'est en réalité qu'une fausse diarrhée habituellement très fétide, de consistance, d'aspect et de coloration variables suivant l'état de l'intestin, la durée de la rétention fécale, le degré de putréfaction des matières albuminoïdes insuffisamment digérées. L'examen microscopique des selles après administration du régime d'épreuve pendant trois jours, permet de déceler une grande quantité de fibres musculaires. L'épreuve de fermentation tardive de Schmidt, la réaction alcaline des selles, la présence des sulfo-éthers et de l'indican dans les urines, bien que leur valeur sémiologique soit très contestable,peuvent en outre donner d'utiles renseignements et permettront de préciser une putréfaction excessive des albuminoïdes dans l'intestin.

Les origines classiques varient à l'infini avec chaque malade ; cependant, lorsqu'il ne s'agit que d'insuffisance sécrétoire, d'hypo ou d'anachlorhydrie, les symptômes dyspeptiques dominent. Ce sont les symptômes classiques de pesanteur, gonflement, tension épigastrique et surtout sensation de barre, troubles cardiovasculaires, hypotension avec ralentissement du pouls, pâleur du visage, hypertension, tachycardie, rougeur du visage chez d'autres. Le dyspeptique intoxiqué a presque toujours le teint cholémique ou terreux, la peau sèche ; chez certains sujets, on peut noter une tendance marquée au dermographisme. L'examen de l'estomac dénote une paroi gastrique relâchée, atone, avec clapotage peu étendu le matin à jeun, il en est de même de la musculeuse intestinale, et la palpation de la région cæcale provoque des gargouillements et un léger clapotage. Ce sont, en somme, de grands atones généraux, à digestion très ralentie, favorable aux stases et aux fermentations, entraînant des troubles graves dans la nutrition générale.

Lorsqu'il y a colite plus ou moins accentuée, les troubles intestinaux dominent; aux rejets de glaires et de mucus s'ajoute le spasme du gros intestin. Dans la fosse iliaque et le flanc droit, on trouve, à la palpation, un boudin cæcal légèrement contractile, parfois très volumineux, donnant nettement la sensation d'une rétention stercorale. Le spasme ou la tonicité exagérée du côlon descendant exagèrent encore l'imperméabilité de l'intestin.

Favoriser la digestion des matières albuminoïdes, en excitant la sécrétion des ferments digestifs ; s'opposer aux stases, en tonifiant les tissus musculaires du tube digestif, en régularisant les fonctions d'évacuation ;

Pratiquer une antisepsie de l'intestin par un agent chimique ou biologique ;

Supprimer ou diminuer la quantité habituelle d'aliments albumineux ;

Tels sont les divers éléments que la thérapeutique doit mettre en jeu pour arriver à vaincre ces états pathologiques complexes. On sait combien la thérapeutique habituelle se trouve parfois, sinon impuissante, du moins lente et quelquefois décevante. Un régime trop sévère peut entraîner une dénutrition considérable, l'action des ferments digestifs et surtout des soi-disants antiseptiques intestinaux est bien illusoire, et c'est le grand avantage des cures hydrominérales que de pouvoir agir *simultanément* sur chacun des éléments qui constituent ces cercles vicieux si fréquents en pathologie digestive. Lorsqu'il s'agit d'intoxications par stases ou par insuffisance, on peut hardiment affirmer que la cure de Châtel-Guyon constitue le traitement de choix, tant par sa rapidité d'action que par la durée des résultats obtenus. De nombreux auteurs ont maintes fois signalé son action élective lorsqu'il existe des alternatives de diarrhée et de constipation ou de fausses diarrhées, et regardent ces symptômes comme une indication de premier ordre. Cela s'explique si l'on veut bien se reporter aux nombreux travaux publiés à ce sujet, qui, tous, relatent le pouvoir hypersécrétoire de ces eaux sur le système glandulaire digestif. Comme toutes les solutions alcalino-chlorurées, les eaux de Châtel-Guyon agissent surtout sur la sécrétion chlorhydro-peptique : comme tous les sels magnésiens, elles provoquent une hypersécrétion biliaire et intestinale, entraînant l'antisepsie naturelle du tractus intestinal. Ajoutons son action bien connue sur les fibres musculaires lisses et sur le péristaltisme de l'estomac et de l'intestin, et l'on comprendra aisément comment cette double action peut favoriser la digestion des aliments et s'opposer aux stases et aux fermentations.

Les résultats d'ailleurs sont nettement probants. Dès qu'un malade de cette catégorie est soumis à la cure, on note des modifications importantes dès la fin de la première semaine. C'est d'abord la disparition ou l'atténuation des

symptômes dyspeptiques (lourdeurs, digestions pénibles, etc.), puis le retour de l'appétit parfois considérablement augmenté ; enfin des modifications importantes du côté des selles, en particulier une désodorisation progressive en même temps qu'une coloration verdâtre ; peu à peu les selles perdent leur caractère pseudo-diarrhéique et deviennent normales. Lorsqu'il existe de la colite, on constate la disparition du mucus et des glaires. Ces résultats sont, en général, obtenus après 10 ou 15 jours de cure ; quelquefois ils sont plus tardifs, mais persistent néanmoins pendant plusieurs mois.

Le mode de traitement varie selon les individus et les cas ; cependant, la cure de boisson, le bain minéral chloruré carbo-gazeux, le régime alimentaire, occupent la première place. Ces moyens sont suffisants lorsqu'il s'agit de traiter les insuffisances sécrétoires et les états asthéniques. A ses propriétés toniques, l'eau de Châtel-Guyon joint un pouvoir reminéralisateur extrêmement important. Lorsqu'il s'agit du traitement des fausses diarrhées, elle sera donnée à doses aussi fractionnées que possible, le matin à jeun de préférence. Le bain carbo-gazeux rend les plus grands services par son action tonique sur le système nerveux et son influence sur la sécrétion gastrique par voie réflexe. Il doit être quotidien, et sa durée doit être réglée d'après les réactions individuelles et l'état du régime circulatoire. Enfin, le régime alimentaire comprendra d'abord la diminution ou même la suppression momentanée des albumines. On cherchera surtout à prévenir le malade des dangers de la surcharge alimentaire, et plutôt que de lui imposer un choix d'aliments spéciaux, on s'attachera à rééduquer sa mastication, à fractionner ses repas, etc.

S'il existe de la colite, du spasme, de la rétention, il faudra traiter l'élément inflammatoire et spasmodique et favoriser l'évacuation du gros intestin.

L'élément inflammatoire et spasmodique est combattu, à Châtel-Guyon, par les applications chaudes, soit par la douche sous-marine à 40° appliquée dans le bain, soit encore par les applications de boues minérales surchauffées, cataplasmes abdominaux donnés dans le bain ou en dehors du bain. La douche très chaude et très douce peut aussi dans ces cas rendre d'excellents services.

Pour exonérer l'intestin malgré l'espèce de défaveur qui semble s'attacher actuellement aux irrigations intestinales, il nous semble que c'est encore le moyen le meilleur et le plus efficace, à condition qu'elles soient employées avec la plus grande modération, avec peu de liquide, une pression minima et à une température indifférente, c'est-à-dire voisine de la normale. Nous conseillons surtout les lavages successifs.

Contre les rétentions cæcales, nous avons un peu modifié la technique en ajoutant quelques manœuvres de massage dès que l'eau a été introduite (masso-lavage). L'emploi judicieux de ce procédé nous a donné les résultats les plus encourageants, lorsqu'il est pratiqué avec douceur et méthode. Il nous a permis de constater que certaines rétentions cæcales sont considérables. Alors qu'un lavement simple ne donnait, dans certains cas, qu'une évacuation médiocre, le masso-lavage provoquait une évacuation de quantités invraisemblables de matières plus ou moins putrides. Une ou deux applications pendant la cure suffisent pour vider l'intestin et atténuer les symptômes toxi-infectieux (1).

J. BAUMANN,
Médecin-consultant à Châtel-Guyon.

TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le délire aigu et son traitement.

« Le délire aigu est un syndrome caractérisé par l'apparition subite ou presque subite d'un état de confusion délirante intense accompagné, dès le début, de signes physiques graves, se traduisant par un état ataxo-adynamique fébrile et se terminant habituellement par la mort. » (Trénel.)

Cette définition du délire aigu demande à être précisée dans ses points essentiels :

Et d'abord, le délire est *subit*, il apparaît tout à coup, sans que rien n'annonce son imminence. L'individu, très rapidement, perd la notion de ce qui l'entoure, et tombe dans un état de confusion hallucinatoire.

Deux cas se présentent : ou bien il s'agit d'un délire mélancolique, forme adynamique, ou bien d'un délire maniaque, forme ataxo-adynamique.

Dans la forme mélancolique, le malade ressemble à un typhique adynamique. Il est indifférent à tout, incohérent. Dans la forme maniaque, c'est l'excitation ou l'agitation sous toutes ses formes : le malade déchire ses vêtements, se défend contre des êtres imaginaires, fait des discours sans suite.

Un signe de grande importance du délire aigu, c'est que le malade *refuse toute nourriture*, et ce phénomène est dû, en grande partie, à la dysphagie.

Dans l'une et l'autre forme, la température est très élevée. Le délire aigu est constamment une maladie hyperthermique. Le thermomètre atteint 40 et 41 degrés, et la mort qui survient vers le

(1) BAUMANN. — Lavage et masso-lavage du côlon. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, février 1911.

neuvième jour est précédée, tantôt d'une hypothermie, tantôt d'une hyperthermie extrêmes.

Le traitement de ce syndrome, qui se retrouve dans plusieurs affections mentales, comme leur mode de terminaison, est assez complexe.

Jusqu'à ces derniers temps, on se contentait de l'expectative, en utilisant tous les moyens d'empêcher le malade de nuire. Aujourd'hui, la première règle à suivre, dans tous les cas, c'est de mettre le délirant au lit et de l'y maintenir. On aura recours aux hypnotiques et au bromure. Une bonne manière d'administrer le bromure est de le donner sous forme de sédobrol (1), c'est-à-dire de tablettes de bouillon végétal concentré contenant chacune 1 gr. de bromure de sodium. Dans une tasse d'eau très chaude, on fait dissoudre une ou plusieurs de ces tablettes et on administre au malade, de cette manière, un bouillon bromuré, déchloruré, très agréable à prendre et très bien toléré. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de faire absorber ce que l'on veut aux individus atteints de délire aigu.

Aussi vaut-il peut-être mieux recourir tout de suite au pantopon. On emploiera, soit la forme sirop, soit les comprimés, soit l'injection hypodermique, et dans le premier cas, si le malade avale sans trop de difficultés, on pourra donner jusqu'à 8 et même 10 cuillerées à soupe de sirop ou 8 à 10 comprimés de pantopon par jour. Ces doses ne doivent pas effrayer le médecin. D'abord l'état d'excitation autorise des doses élevées, et puis, le pantopon, opium total soluble, est moins toxique et bien plus maniable que la morphine ou l'extrait thébaïque. Les injections hypodermiques se feront avec les ampoules titrées à deux centigrammes de principe actif, et on sera autorisé à utiliser jusqu'à 3 et 4 ampoules par 24 heures, s'il y a lieu. Mieux que la morphine et mieux que l'opium, le pantopon donne en effet de bons résultats dans les maladies nerveuses et mentales. Ce n'est point ici l'endroit de consacrer une revue générale à tous les travaux qui ont paru sur ce sujet ; qu'il nous suffise de citer les observations si concluantes de MM. Grasset, Rémond, Sicard, Gaussel, Roger, Ritti (2), etc...

Le chloral n'a pas d'action et même doit être évité. Il faut procurer le repos au malade et on utilisera dans ce sens la balnéation froide. On agit ici comme dans la fièvre typhoïde et s'il est difficile de donner des bains, on aura recours aux lotions froides. Cependant les enveloppements humides doivent être appliqués très prudemment par crainte de collapsus. Ces règles, qui sont classiques, sont, à vrai dire, peu applicables dans un grand nombre de cas et les difficultés que l'on a de traiter ainsi un maniaque agité, à moins de le maîtriser par la force, chose que l'on refuse de faire, souvent, dans les familles, exigent soit le placement dans un asile, soit l'utilisation des médicaments et l'injection répétée de pantopon.

Il y a nécessité absolue à alimenter le délirant aigu. Le gavage par la sonde molle que l'on introduit par le nez est en général réalisable. On lui fera absorber ainsi du lait en quantité suffisante. Malheureusement, l'estomac des malades est intolérant et alors, il faut donner le lait à petites doses, pas plus d'un quart de litre chaque fois ; ainsi, on est obligé de passer la sonde assez souvent.

Dans les cas de collapsus, l'huile camphrée, la caféine, la digalène devront être utilisées, le sérum artificiel aussi, et même l'acétate d'ammoniaque. Il y a donc deux sortes de traitements et c'est logique. Celui du délirant aigu, maniaque, agité, halluciné, par le pantopon à doses variables, et celui du délirant mélancolique, calme, déprimé, parfois prêt au collapsus, et qui se fera par les toniques et les excitants.

Malgré cette thérapeutique, il faudra ne pas trop compter sur une amélioration. Cependant, en utilisant la balnéation et surtout l'alimentation systématique, la guérison peut toujours être cherchée et a été obtenue.

Dr LOUDAN.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Pronostic et traitement de l'incontinence nocturne infantile.

C'est une excellente revue de la question que publie M. PHILIPPART, dans la *Gazette médicale de Paris*.

L'incontinence nocturne n'est généralement pas grave et, lorsqu'elle ne guérit pas spontané-

(1) Le sédobrol présente le gros avantage de permettre un traitement bromuré intensif dissimulé et en même temps de rendre possible, et même agréable, le régime déchloruré (Salin, Azémar, Bardet, Demole, etc.)

(2) GRASSET et RIMBAUD. Médications symptomatiques. Bibliot. Gilbert et Carnot, Paris, 1913, p. 334. — RÉMOND et VOIVENEL. Commun. Soc. médico-psychol. 26 déc. 1910. — SICARD. Commun. Soc. des hôp. de Paris, 11 nov. 1910. — SCHMITT. Observ. in thèse Soncourt, Nancy 1912. — GAUSSEL. Commun. Soc. Sc. Méd. de Montpellier, 15 déc. 1911. — SAINTON. Consult. méd. franç., n° 11. — ROGER. *Gaz. méd. de Montpellier*, 1912, p. 184. — BARDET et GY. *Bull. gén. de thérap.*, 15, 23, 30 avril 1911. — SALIN et AZEMAR. Commun. Soc. médico-psychol. 26 déc. 1910. — SPILLMANN et PERRIN. Observ. 35, in Thèse Soncourt, Nancy, 1912, p. 125. — RITTI. Traité de thérap. (Alb. Robin), Paris, 1913, p. 687. — ADAM. Observat. 26 *in* Thèse Soncourt, Nancy 1912, p. 118. — BONNEFOY. Observ. Thèse Souty, Lyon 1910. — BAUDOIN et TIXIER. *Annal. méd.-chirur. du Centre*, 7 janv. 1912. — MOURLAN. Thèse de la Fac. de Toulouse, 1913. — COLLIN. *Journ. de méd de Paris*, n° 42, p. 819. — BODET. Thèse de Paris, 1913-14, p. 17.

ment, elle cède à un traitement bien compris et bien conduit. Les formes atoniques sont moins rebelles que les formes avec irritabilité vésicale, qui laissent toujours après elles des mictions fréquentes à caractères impérieux. Le pronostic est moins bon quand il s'agit de la forme pollakiurique. Il est plus sombre dans les incontinences symptomatiques d'épilepsie larvée, ou de polyurie essentielle. Il est franchement mauvais lorsque l'affection survient apès dix ans, et révèle une lésion des centres nerveux ou une tuberculose génito-urinaire.

Le traitement de l'incontinence nocturne comprend un traitement de l'état général, et un régime alimentaire ainsi qu'une hygiène appropriés : toniques sous toutes leurs formes, arsenicaux, ferrugineux, exercice au grand air, hydrothérapie, électrothérapie générale (douches statiques), massages, bains ; la campagne pour les nerveux excitables, le bord de la mer pour les apathiques.

L'alimentation sera surtout lacto-ovo-végétarienne. Les malades mangeront peu le soir ; ils éviteront de boire au-delà de leurs besoins. Ils ne se coucheront pas immédiatement après le repas, et prendront le soin d'uriner avant de se mettre au lit. Ils éviteront le thé, le café. Leur lit sera dur ; ils s'y coucheront sur le côté plutôt que sur le dos.

Le traitement propre à l'affection peut être psychique et comporter la mise en œuvre de la suggestion, soit à l'état de veille, soit pendant le sommeil naturel ou hypnotique (chez les hystériques) ; — de la menace, peu recommandable, — des émotions, également douteuses dans leur effet. Mieux, on tentera l'éducation de la fonction en habituant le petit malade à retenir ses urines le plus longtemps possible, à arrêter soudainement ses mictions une ou deux fois par jour, par la contraction du sphincter membraneux. La nuit, on doit réveiller l'enfant complètement pour qu'il sache ce qu'il fait. L'appareil de Genouville provoque le réveil automatique au moment même où l'urine est émise. C'est un groupe électrique qui met en action une sonnerie lorsque le contact est établi par l'urine elle-même.

On pourra essayer avec avantage la médication interne qui comprend, chez les atoniques, la strychnine, chez les irritables, la belladone (formule de Trousseau). Comby insiste sur le régime et ordonne le sulfate neutre d'atropine (5 gouttes d'une solution au millième 3 fois par jour pour un enfant de 6 ans). Le chloral, le bromure, le camphre, l'antipyrine, ont parfois donné de bons résultats.

Localement, on supprimera toutes les causes d'excitation réflexe : balanites, vulvites, polypes, phimosis, atrésies du méat. On cherchera à agir sur le système nerveux au moyen d'injections épidurales (méthode de Cathelin), de sérum physiologique légèrement cocaïné, d'injections rétro-rectales (Jaboulay) pratiquées dans le tissu cellulaire situé entre le rectum et le sacrum ; de la ponction lombaire, peu efficace : de cautérisations légères de la muqueuse nasale (Bonnier)

Enfin, on pourra agir directement sur les sphincters par le massage local, par le cathétérisme répété, par la cautérisation argentique de l'urètre postérieur, enfin par l'électricité. Celle-ci peut être employée sous forme de courants faradiques, à interruptions lentes, le pôle négatif étant constitué par une sonde métallique introduite dans l'urètre. On peut encore utiliser les courants de Morton au moyen de la machine statique, l'électrisation des régions périnéales au moyen de faradisation ou même de galvanisation à faible intensité (8 à 10 milliampères), etc.

L'électricité agirait favorablement dans 85 % des cas, avec 55 % de guérisons totales. Il faut de 10 à 15 séances ; si elles ne sont pas suivies de résultat, on laisse le malade se reposer deux mois avant de recommencer

BIBLIOGRAPHIE

La formolisation des tumeurs malignes — Dr René Lataste. Thèse de Doctorat. Bordeaux, 1913. A. Destout et Cie, édit.

L'auteur a étudié expérimentalement et cliniquement l'action du formol sur le cancer, et en est arrivé aux conclusions décevantes suivantes :

Le formol exerce une action nécrosante sur les tissus néoplasiques au contact desquels il est directement placé. Les parties *momifiées* s'éliminent ou se résorbent.

Nous n'avons jamais vu leur disparition s'accompagner de dommages locaux importants.

En raison de sa faible toxicité, le formol n'entraîne pas de troubles généraux appréciables.

Mais, de par sa diffusibilité notoirement insuffisante, l'agent nous paraît impuissant à impressionner dans tous ses points un processus néoplasique étendu. *Pratiquement, nous ne lui reconnaissons pas de valeur curative réelle.* Les améliorations que nous avons pu obtenir n'ont jamais été que temporaires et, dans son ensemble, l'évolution des tumeurs n'a pas été retardée.

Le traitement formolé, étant très douloureux, est fort pénible à supporter pour les malades. *Il ne nous semble donc même pas offrir les avantages d'une bonne méthode palliative.*

S'il nous fallait donc apprécier les mérites de la méthode en nous basant uniquement sur notre expérience personnelle, notre jugement serait des plus sévères, puisque, en définitive, nos essais cliniques ne nous ont procuré que des déboires.

CORRESPONDANCE

A propos de la lutte contre la tuberculose et de la reconnaissance d'utilité publique d'un sanatorium populaire.

Comme vous l'avez démontré dans un de vos « Propos du jour » du début de l'année, la *lutte contre la tuberculose* n'a rien perdu de son actualité. « La tuberculose, avez-vous écrit, se déplace... et voilà tout » ! De la ville, la maladie a émigré vers la campagne. Après le Dr Labat, de La Plume, dans une monographie parue ici-même, dans notre cher Journal — ouvert à toutes les initiatives, à toutes les idées généreuses — nous avons indiqué quels ravages la tuberculose causait dans le Lot-et-Garonne.

Notre éminent confrère, le Dr Fourestié, d'Agen, a, depuis dix ans, au sein du bureau départemental d'hygiène sociale, mené bon et rude combat.

Grâce à une ténacité, à une énergie que la maladie n'avait pu dompter, le Dr Fourestié allait élever à Montbran, un sanatorium pour les tuberculeux du premier degré, sanatorium populaire, sanatorium destiné à ceux qui ne peuvent s'offrir un séjour dans ces résidences, aussi luxueuses que coûteuses de Leysin, pour y chercher une santé qu'il leur est impossible de retrouver dans leur logis sans air et sans soleil. La situation admirable du plateau de Montbran, distant à peine de deux kilomètres de la ville d'Agen, son exposition, la nature du terrain, la qualité des eaux, tout désignait ce site à l'attention des hygiénistes...

Nous ne voulons pas discuter ici la valeur du sanatorium. Que n'a-t-on pas dit sur lui ? Vous rappelez-vous la vogue immense dont il a joui, autour de 1900 ? Bientôt, les attaques sont venues beaucoup plus injustifiées que l'emballement — pardonnez-moi l'expression — qui avait activé leur création. A la recherche d'une formule, on a voulu donner une « constitution » unique à ces *maisons de cure*, à ces *écoles de santé*, à ces *ateliers sanatorium* !

Cette erreur colossale eût pu perdre, à tout jamais, la cause des sanatoriums en France. Des hommes comme le Dr Fourestié ne se découragent pas. Il faut, n'est-il pas vrai, adapter chacune de ces créations à la région où l'on se trouve. Il faut aussi sélectionner non seulement les degrés de la maladie, mais encore, parmi ces degrés, le caractère du malade, qui n'est pas toujours fait pour une cure au sanatorium. Le Dr Fourestié l'avait admirablement compris... Tout récemment, notre confrère voulait bien me recevoir et me confier, non sans amertume, comment l'Etat, — « cette chose anonyme » — venait *de refuser le décret d'utilité publique* ! Ah ! vous ne vous doutiez pas qu'un sanatorium populaire, qui a pour but et d'éduquer les malades et de les guérir, et de préserver la famille d'une contagion toujours possible, ne puisse être déclaré d'utilité publique !

...... Nous n'ignorons pas que la prudence de l'Etat

doive exiger certaines garanties concernant statuts réserves financières, etc. Mais je vous le demande, comment solutionnerez-vous le problème suivant :

« Pour qu'une œuvre soit reconnue d'utilité publique, il faut qu'elle ait prouvé sa vitalité, son efficacité en fonctionnant déjà — or, pour fonctionner légalement, il faut qu'elle soit déjà reconnue d'utilité publique ?...

— Le *Congrès des praticiens*, qui vient de remporter une si belle victoire, aura, longtemps encore, matière à triomphe !...

Au moment où M. Ed. Fuster, professeur au Collège de France, vient de jeter, à nouveau, un long cri d'alarme sur la mortalité par tuberculose à la campagne ; au moment où le Dr Guinard, médecin-directeur des sanatoriums populaires de Paris, étudie le rôle des *Dames de la Croix-Rouge* dans la lutte anti-tuberculeuse ; au moment où un *projet de loi* concernant l'organisation, en France, de dispensaires anti-tuberculeux, va être discuté au Parlement ; au moment où de nouvelles mesures d'hygiène prophylactique s'imposent par *la loi*, terriblement nécessaire, *des 3 ans*, le *Concours médical* se doit à lui-même d'encourager les praticiens isolés qui, dans le fond de nos vieilles provinces, où ils sont en conflit *avec des difficultés que l'on n'imagine pas à Paris*, luttent sans merci, sans trêve, sans arrière-pensée « de duchés ou de dotations » pour donner aux déshérités ce que la fortune accorde à ceux qui la possèdent : les moyens de combattre efficacement et la maladie et la contagion, les moyens de conserver des existences qui pourront encore être utiles à la collectivité — les moyens, enfin, de sauver peut-être, une race dont on a sonné le glas....

Le Dr Fourestié, je le sais, sera heureux de se voir soutenu par le *Concours Médical*. J'aurais voulu pour lui et pour son œuvre qu'il eût un autre défenseur que votre tout dévoué.

Dr R. Molinéry.

(Barèges, 2 juin 1914.)

Réponse.

Il est regrettable en effet que des œuvres comme les sanatoriums populaires ne puissent jouir d'emblée de la reconnaissance d'utilité publique, mais cette reconnaissance est soumise de par la loi à certaines conditions et à l'avis favorable du Conseil d'Etat et nous savons que toutes ces exigences ne se bornent pas à des questions de simples formalités. Il est certes fâcheux qu'il en soit ainsi pour la tentative intéressante de notre confrère, le Dr Fourestié ; mais dans nombre de cas, il serait dangereux de donner à des sociétés ou des œuvres sans bases sérieuses une investiture officielle.

J. N.

Comment informer le public des augmentations du tarif des honoraires ?

Je vous retourne le mémoire d'honoraires accidents du travail en corrigeant l'oubli que vous avez bien voulu me signaler et dont je vous remercie beaucoup.

Je vous prie de le faire viser par le « Sou » et de me le retourner

Je vous prie par cette occasion de me dire quelle est la façon habituelle de prévenir les clients d'une augmentation des honoraires. A la dernière réunion, notre Syndicat nous a fait engager de faire cette augmentation. Comment s'y prendre et à partir de quelle date ?

Dr D..

Réponse.

La question que vous nous posez est toute d'opportunité locale. Certains syndicats ont fait apposer des affiches sur les murs, d'autres se sont contentés d'affiches apposées dans les salles d'attente des confrères. Ici, à la fin de l'année, on a glissé des papillons dans les notes d'honoraires, informant de l'augmentation de tarif pour l'année nouvelle. Ailleurs, le Syndicat a adressé des circulaires, sous pli fermé, aux clients habituels. Là ce sont des articles dans les journaux locaux.

Vous voyez donc que les moyens employés sont multiples et doivent être adoptés selon les habitudes locales.

Quel est le meilleur mode à conseiller ? Nous avons entendu pas mal de confrères se refuser aux affiches publiques et aux articles de journaux locaux, préférant l'affiche de la salle d'attente, ou le papillon dans la note d'honoraires.

Il est évident qu'il faut apporter une certaine discrétion dans cette publicité à donner à l'augmentation des honoraires, car les journalistes à court de copie s'en donnent à cœur joie pour taper sur la rapacité des médecins qui osent réclamer leur droit à la vie.

Nous sommes à votre disposition pour vous fournir des documents sur la question.

Comment former un syndicat ?

Je remercie le « Sou » des renseignements que vous avez bien voulu me communiquer au sujet de mon différend avec la Compagnie d'assurances la X..

Vous me feriez plaisir si vous pouviez m'adresser un exemplaire de statuts concernant l'organisation d'un Syndicat médical ; jamais dans mon canton les confrères ne se sont syndiqués, une profonde division régnant entre eux à cause de la politique. Je veux prendre l'initiative de les convoquer, bien que je sois le plus jeune et que nous ne soyons que quatre confrères, et je vais tâcher de jeter les bases d'un Syndicat qui peut-être nous unira tous et fera cesser nos divisions. Je pense aboutir à un bon résultat ; en tout

cas, j'aurai fait preuve de bonne volonté au point de vue confraternel et syndical. J'en profiterai pour les adjurer de s'abonner au *Concours* et au « Sou », et peut-être,à la lecture du *Concours*, se convertiront-ils à la bonne cause. J'ai mis de côté quelques numéros du *Concours* ; si vous pouviez me signaler quelques numéros spéciaux, veuillez le faire, car j'ai la collection complète depuis mon installation qui date de 6 ans.

Dr B..

Réponse.

Vous trouverez dans l'*Agenda du Concours*, p. 266, les statuts types d'un Syndicat médical.

Insistez bien auprès de vos confrères, pour leur démontrer que, par la concorde et l'union, on peut rehausser beaucoup la profession médicale. Pour cela, il faut que chacun puisse être sûr que son voisin respectera les engagements pris encommun. D'où la nécessité des sanctions dans les statuts, sanctions qui, comme notre Code pénal, ne gêneront jamais les médecins consciencieux mais donneront à réfléchir à tous ceux qui voudraient violer leurs engagements.

Quant au nombre, pour le Syndicat, ne vous en inquiétez pas. Quelquefois ce s ont les groupes les moins nombreux qui agissent le mieux, car les médecins sont plus rapprochés et se voient plus souvent. Si vous voulez avoir un Syndicat actif, invitez ses membres à se réunir fréquemment, une fois par mois, par exemple. Le fréquent contact établira des relations cordiales entre ceux qui se considèrent, à tort, comme des concurrents et des ennemis.

Vous verrez s'il y a lieu de former un petit Syndicat de votre région, puis de constituer une Fédération départementale avec les autres groupes créés ou à créer, ou si vous devez d'emblée former un Syndicat départemental, avec sections. C'est une affaire de goût et de méthodes locales.

Nous vous faisons envoyer une petite plaquette sur la manière de former un Syndicat.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Les abcès de fixation. — On se sert d'essence de térébenthine, qu'il est inutile de stériliser en raison de ses propriétés bactéricides et des modifications que lui ferait subir l'ébullition. On l'injecte à la dose d'un centimètre cube sous la peau, avec les plus rigoureuses précautions d'asepsie dans les flancs, les hypochondres, ou encore à la partie externe de la cuisse. Si, douze ou vingt-quatre heures après, il ne s'est pas produit une réaction suffisante, on in-

jecte à nouveau, en un autre point, 1 centimètre cube. On peut ainsi recommencer trois fois l'injection. Chez l'enfant, on emploiera seulement 1 /4 de centimètre cube d'essence de térébenthine, bouillie de préférence et mélangée à de l'huile stérilisée afin d'atténuer son action.

L'intensité de la douleur est variable selon les sujets : il est toujours possible de la diminuer au moyen des pansements humides et des analgésiques. L'abcès une fois formé, on l'ouvre, avec l'asepsie la plus minutieuse, au moment où son contenu va s'évacuer spontanément : il faut attendre cinq jours pour le moins. Si la défervescence de la maladie infectieuse ne s'est pas encore produite, on crée un nouvel abcès avant d'ouvrir le premier.

Contre-indications : Chez les diabétiques, cardiaques, rénaux très œdématiés.

Indications : Toutes les infections à forme grave : pneumonie, broncho-pneumonie, fièvre typhoïde, streptococcie, infection puerpérale, dans l'empoisonnement par les champignons, aussi, et peut-être dans l'urémie.

BRELET.

(*Gaz. Hôpit.*).

Traitement curatif et préventif de la rougeole et de la scarlatine par la méthode de Milne. — Cette méthode consiste à oindre doucement les malades ou les suspects d'essence d'eucalyptus. On pratique les onctions, du cuir chevelu à la plante des pieds, matin et soir pendant les quatre premiers jours de la maladie, puis une seule fois par jour jusqu'au dixième jour.

On badigeonne en outre, sur la plus grande étendue possible, pharynx et amygdales, avec de l'huile d'olive phéniquée à 1 p. 10, toutes les deux heures pendant les premières vingt-quatre heures, tri-quotidiennement pendant quelques jours encore.

Enfin, durant la période initiale de la rougeole, on place au-dessus du malade un cerceau recouvert de gaze légère, qui retombe sur lui et l'isole. La gaze est aspergée de temps à autre d'essence d'eucalyptus.

L'affection ainsi traitée évolue toujours de façon bénigne et l'on évite les redoutables infections secondaires

En outre, la contagiosité est nulle, et les malades peuvent frayer avec les individus sains.

Mme NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH

(*Presse méd.*).

Traitement des kystes synoviaux du poignet par les injections de teinture d'iode. — Après badigeonnage à la teinture d'iode, on entre dans le kyste une petite aiguille à injection, courte, et, au moyen d'une seringue, on introduit deux ou trois gouttes de teinture d'iode (ancien Codex) bien fraîche. On applique un pansement légèrement compressif qu'on retire au bout de quatre ou cinq jours. On renouvelle alors l'injection et, trois jours après, le kyste est en général complètement effacé. S'il le fallait, on pratiquerait une troisième injection après laquelle la guérison serait assurée.

Aucun inconvénient n'est à redouter, si l'on a bien soin d'éviter la piqûre d'une artère.

On n'observe jamais de récidive.

J. Pakowsxi.

(*Archiv. médic. du Centre.*)

L'injection cardio-tonique et diurétique de sérum glycosé. — 1° *Injection sous-cutanée.* — On emploie des solutions isotoniques à 45 p. 1000, dans les affections rénales compliquées de néphrite, les grandes insuffisances hépatiques, les g andes déperditions sanguines.

On se sert aussi de sérum-rhum, c'est-à-dire de solutions glycosées à 47 p. 1000, additionnées, dans la proportion de 2 à 12 p. 100, de rhum titrant 43 à 45°. Au début, on ne dépassera pas 5 p. 100 de rhum ; chez l'adulte on pourra ensuite monter jusqu'à 12 p. 100 : chez la femme en état puerpéral, on restera à 3 p. 100, chez l'enfant à 2 p. 100. De la solution convenable on injectera à l'adulte 500 grammes, à l'enfant de six ans 300 grammes par 24 heures. Dans les adynamies post-opératoires, les affections broncho-pulmonaires et les pneumonies ataxo-adynamiques avec défaillances du myocarde.

2° *Injection intra-veineuse.* — 300 grammes, que l'on peut répéter, de la solution hypertonique à 300 p. 1000. Dans les broncho-pneumonies avec myocardite aiguë, les intoxications graves (intoxication oxy-carbonée), après une anesthésie prolongée, dans les états d'inanition accusée, dans les oliguries mécaniques secondaires aux états hyposystoliques après une saignée

(*Journ. des Pratic.*)

A. M.

CORRESPONDANCE
HEBDOMADAIRE

1703 Dr Q., à L., à « Sou médical ». — Je viens vous demander le renseignement suivant, il s'agit d'un accident industriel. Un jeune homme se fait écraser dans un cylindre de moulin 3 doigts ; je suis obligé d'amputer la 1re phalange de chacun des deux premiers doigts.

J'ai appelé un confrère pour donner le chloroforme et m'aider. Comment dois-je établir ma note d'honoraires ? Dois-je compter 2 amputations et trois pansements.

Réponse. — Oui, vous devez compter 2 amputations et 3 pansements, et, en sus, le prix de la visite quadruplé (art. 7).

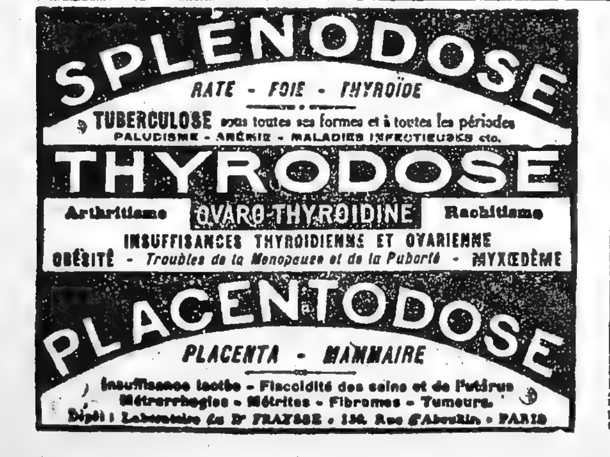
Votre confrère aura également droit au prix de 4 visites, plus l'anesthésie.

1586. Dr B., à A., à *Concours.* — Je viens vous demander un conseil pour un cas assez bizarre d'accident du travail, si accident du travail il y a.

Voici les faits : un ouvrier blessé le 13 mai 1914, présente une contusion de la région du canal inguinal gauche. L'examen pratiqué par moi ce même jour ne me fait rien remarquer d'anormal du côté des bourses. Cependant je n'ai pas dans mon certificat noté cette constatation négative de l'examen. Quel-

Suite page XXVI.





PARTIE PROFESSIONNELLE

LE ROLE SOCIAL DU MÉDECIN

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'organisation méthodique de l'hygiène.

La protection de la santé publique est, en France, régie, — nous ne disons pas assurée — par la loi du 15 février 1902, modifiée par les lois du 7 avril 1903, du 29 janvier et du 22 juin 1906. Elle dépend, pour une large part, mais non exclusivement, de la prophylaxie des maladies transmissibles, laquelle est visée par les articles 5 et 7 de la loi, relatifs à la déclaration obligatoire de ces maladies et à la désinfection.

La déclaration obligatoire, mise à la charge des praticiens, est également prévue par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine.

Or, au début de cette étude, nous posons tout d'abord comme indispensable la modification de ces articles de loi. Nous avons, en effet, en toutes circonstances, sous des formes différentes, mais toujours avec la même énergie, protesté contre l'obligation de la déclaration imposée aux praticiens. Cette mesure législative est inadmissible pour deux raisons principales : elle constitue une violation flagrante du secret professionnel, dont, pourtant, tout récemment encore, la Cour de cassation a proclamé l'intangibilité ; 2° elle est en contradiction formelle avec le droit naturel, qui affirme que chacun est responsable de ses actes, et avec le droit civil, qui met à la charge de l'auteur d'un préjudice causé la réparation de ce préjudice. Si la Société est menacée par un malade atteint d'une maladie contagieuse, c'est à ce malade dûment averti du danger qu'il représente pour ses semblables, qu'elle doit s'en prendre et non au médecin qui le soigne.

Nous proposons donc pour les différents articles de loi visés ci-dessus la rédaction suivante :

Art. 15 de la loi de 1892. — Tout docteur en médecine est tenu, son diagnostic fait, de prescrire au chef de famille, ou à son représentant, la désinfection dans les cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant (1).

Les articles 5 et 7 de la loi de 1902, séparés par l'article 6 relatif à la vaccination anti-variolique, qui peut être déplacé, sont interchangés et deviennent les articles suivants :

Art. 5. — La désinfection est obligatoire : 1° après tout décès, quelle qu'en soit la cause ; 2° après tout changement d'occupant d'un local public ou privé ; 3° en cours ou à la suite de tous les cas de maladies épidémiques prévues à l'article 4.

La prescription de la désinfection en cours et en fin de maladies épidémiques au chef de famille ou à son représentant naturel ou légal, est obligatoire pour tout docteur en médecine qui constate l'existence de ces maladies.

Art. 6. — La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies prévues à l'article 4 est obligatoire pour tout chef de famille ou son représentant naturel ou légal, dans les 48 heures qui suivront la prescription de désinfection remise par le médecin traitant.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, soit par l'administration sanitaire, soit, à charge de contrôle par celle-ci, par le chef de famille ou son représentant naturel ou légal, qui en fait mention dans sa déclaration

Un règlement d'administration publique déterminera dans quelles formes la prescription de la désinfection et la déclaration doivent être faites.

Il va sans dire que, quand nous parlons des maladies visées à l'article 4, il ne s'ensuit pas que nous acceptions aveuglément la liste actuellement dressée, laquelle a besoin d'être sérieusement revue et allégée. Comment, par exemple, peut-on faire en effet figurer dans cette liste la rougeole, dont le diagnostic ne peut être généralement fait que plusieurs jours après qu'elle a commencé à être contagieuse ?

Nous ferons remarquer que, dans l'état de choses actuel, ce sont les municipalités qui se trouvent responsables de l'organisation de l'hygiène dans les communes. Or, c'est, de la part du législateur, une faute aussi lourde que celle qu'il a commise en confiant aux maires la partie administrative de l'application de la loi scolaire, ou de la loi Roussel. On voit que, dans le texte nouveau proposé par nous, nous faisons disparaître l'autorité municipale, à laquelle nous substituons l'*autorité sanitaire*, telle que nous la concevons.

Toutes les fois qu'une loi comporte des sanctions applicables aux électeurs par leurs élus,

(1) Voir *Concours Médical*, 1914, n° 14, p. 959.

tenez pour assuré qu'elle est à l'avance frappée de stérilité ou mise à exécution avec une partialité telle qu'elle devient la pire des choses.

C'est pour la même raison, disons-le dès maintenant, que nous bannissions de notre système toutes autres émanations du suffrage universel telles que conseillers d'arrondissement, conseillers généraux, etc.

Avant d'entrer dans le vif de notre étude, expliquons les principes généraux sur lesquels nous nous sommes appuyés pour édifier ce système.

La préservation de la santé publique et l'organisation de l'hygiène, qui en est la condition essentielle, ne peuvent être valablement réalisées qu'avec le concours effectif du corps médical. Or, le corps médical est professionnellement représenté par les Syndicats médicaux, dont l'existence est parfaitement valable, régulière et légale. Les Syndicats médicaux seront donc appelés à jouer un rôle prépondérant dans notre organisation.

Mais, si l'on peut souhaiter que, tout comme l'impôt sur le revenu, l'hygiène publique ne soit ni vexatoire ni inquisitoriale, il serait aussi utopique de croire à la possibilité d'une hygiène librement consentie que de toute discipline, quelle qu'elle soit.

Il appartient au praticien, dans les différents milieux où l'appelle la confiance des malades, de faire autant qu'il peut l'éducation hygiénique du peuple. Il appartient aux Syndicats de prêcher cette nouvelle croisade et d'organiser toutes les manifestations qu'ils jugeront utiles, et particulièrement des conférences, pour renforcer et compléter l'action individuelle de chacun de leurs membres. Mais croire tout cela suffisant pour mener à bonne fin une préservation efficace de la santé publique, serait une illusion dangereuse contre laquelle nous ne saurions trop mettre en garde les esprits généreux qui prennent trop souvent leurs désirs, leurs aspirations, leur idéal personnel pour des réalités.

Le respect de toute discipline, — et l'hygiène en comporte une — doit être obtenu par une autorité agissante, disposant de moyens d'action et de sanctions. Dans un pays civilisé, cette autorité appartient à l'Etat.

C'est donc en définitive de la collaboration de l'Etat et des Syndicats médicaux que nous attendons les résultats les plus féconds.

Entrons maintenant dans le détail de notre système.

L'organisation de l'hygiène publique est départementale. Elle comporte un personnel de direction, de contrôle, d'exécution, un matériel, des laboratoires, des assemblées composées en grande partie de techniciens, qui délibèrent et proposent à l'autorité les mesures à prendre dans telle circonstance déterminée, exceptionnelle ou durable.

Le département est divisé en circonscriptions sanitaires, que nous concevons parfaitement assimilables théoriquement aux circonscriptions médicales, telles que les répartitions des clientèles les déterminent. Il sera cependant possible, à bien des départements, de former une circonscription sanitaire avec deux ou plusieurs circonscriptions médicales.

Chaque circonscription sanitaire jouira de la plus grande somme possible d'autonomie. L'hygiène doit en effet tenir le plus grand compte des considérations d'ordre régional, et même local, au point de vue climatique, géologique, hydrologique, topographique, au point de vue de la densité de la population, des industries dominantes, au point de vue aussi de la culture intellectuelle des habitants. *Elle ne portera ses fruits qu'autant qu'elle sera foncièrement décentralisatrice.*

Chaque circonscription sanitaire est administrée par une commission sanitaire, et par un agent de direction, de surveillance, de contrôle, d'exécution au besoin.

Les commissions sanitaires existent déjà dans l'organisation actuelle : elles existent surtout sur le papier. Nous les conservons dans notre système. Nous exposerons seulement plus tard comment on doit leur donner l'existence réelle et la vie, grâce à quoi elles feront œuvre utile.

Pour le moment, parlons de l'agent, qui constitue une création nouvelle.

Le médecin sanitaire.

Conditions requises pour être agent sanitaire.

C'est un médecin. Ce ne peut être qu'un médecin : Parce que l'hygiène est une branche de la médecine, parce que la prophylaxie des maladies transmissibles présuppose la connaissance approfondie de ces maladies, telle qu'un médecin seul la possède, parce qu'enfin, dans l'exercice d'une fonction délicate, il n'est qu'un médecin qui puisse entretenir avec le corps médical les relations suivies, cordiales et confraternelles qui permettent de faire les bonnes besognes.

Pour toutes ces raisons, nous désignerons notre agent du nom de *médecin sanitaire.* Dans la hiérarchie, très simplifiée, que réclame le cadre de ce personnel, le médecin résidant au chef-lieu du département deviendra *médecin sanitaire principal.* Il sera placé vis-à-vis des autres agents du département à peu près sur le pied qu'occupe le Président de la Cour d'appel vis-à-vis des autres magistrats du ressort.

Le médecin sanitaire est un fonctionnaire docteur en médecine. Il lui est formellement défendu de visiter des malades, de les soigner, d'accomplir en un mot aucun des actes qui constituent à proprement parler l'exercice de la mé-

decine. Il est cependant indispensable qu'il possède une expérience suffisante des choses médicales, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue professionnel. Nous exigeons donc qu'il ait exercé réellement, comme praticien, pendant un minimum de dix ans. Par là même, nous fixons à 35 ans l'âge minimum auquel il sera permis d'entrer dans la carrière. Nous estimons en effet qu'il est nécessaire que le médecin sanitaire possède une maturité d'esprit, une rectitude de jugement, qui ne s'acquièrent qu'avec l'âge. D'autre part, 35 ans représentent un âge concordant avec l'acquisition possible des droits à une retraite honorable à 65 ans.

Nous acceptons que, pour les anciens internes des hôpitaux nommés au concours, dans les villes où existe une Faculté de médecine, la durée de l'exercice préalable de la profession médicale soit diminuée d'autant d'années qu'ils en compteront d'internat en exercice.

En résumé, pour être médecin sanitaire, il faut être français, docteur en médecine, âgé d'au moins 35 ans, et avoir réellement exercé soit comme praticien, soit comme interne des hôpitaux, nommé au concours, pendant au moins dix ans.

Qui nommera le médecin sanitaire ? Puisqu'il doit détenir une parcelle de l'autorité publique, puisqu'il doit pouvoir requérir, verbaliser, il ne peut être nommé que par le plus haut représentant de cette autorité, à savoir le Président de la République

Recrutement des médecins sanitaires.

Le médecin sanitaire est proposé à la nomination du Président de la République par les Syndicats médicaux du département réunis en Fédération, tout comme les professeurs de Facultlé le sont par le corps enseignant de chaque Fcaulté.

Les Syndicats fédérés déterminent dans quelles conditions les candidats seront proposables.

Ils organisent un concours, qui peut être surtout un concours sur titres, mais qui doit comprendre cependant obligatoirement des épreuves portant sur la législation administrative que doit nécessairement connaître le médecin sanitaire.

Voici comment nous concevons la composition du jury d'un semblable concours. Sept membres, dont quatre médecins choisis par les Syndicats parmi les praticiens du département, le professeur d'hygiène du centre d'enseignement médical le plus voisin, un médecin sanitaire en fonction et un juriste, par exemple l'un des avocats conseils des Syndicats du département.

Une fois nommé, le médecin sanitaire ne devient justiciable que de la juridiction prévue ci-après. Il importe, en effet, au plus haut point qu'il échappe à toutes les influences politiques de sa région. Il importe qu'il jouisse de l'indépendance politique la plus absolue et la plus complète, afin de remplir sa mission en toute impartialité. Il ne doit pas augmenter le nombre des grenouilles des mares stagnantes. Il doit être en un mot, comme un magistrat, inamovible sur son siège.

Il faut cependant prévoir que le médecin sanitaire pourra commettre des fautes administratives pour lesquelles on instituera une juridiction à deux degrés, disposant de sanctions diverses, allant jusqu'à la révocation. La première juridiction siégera au chef-lieu du département. Elle comprendra sept membres, à savoir : 3 médecins praticiens désignés par les Syndicats départementaux, 3 médecins sanitaires désignés par leurs pairs, et le préfet du département représentant l'Etat. Elle tiendra lieu de tribunal des conflits qui pourront surgir entre le médecin sanitaire d'une part, et d'autre part, les praticiens, les municipalités, les administrations publiques, etc.

La juridiction du second degré, — juridiction d'appel — siègera à Paris. Elle sera composée de neuf membres, savoir : quatre médecins praticiens désignés par l'Union des Syndicats médicaux, quatre médecins sanitaires principaux, et un délégué du ministre compétent, le Ministre de l'intérieur, pour le moment, le Ministre de la Santé, publique et de l'hygiène, lorsque ce ministère sera constitué.

Quelles seront les attributions du médecin sanitaire dans sa circonscription ?

Le médecin sanitaire s'occupe de tout ce qui concerne l'hygiène de sa circonscription. Il veille à l'exécution du réglement sanitaire élaboré par la Commission sanitaire et sanctionné par le Préfet.

Il reçoit directement des intéressés, chefs de famille ou leurs représentants, les déclarations de maladies transmissibles. Il fait pratiquer la désinfection sous sa surveillance immédiate, ou il se borne à la contrôler, selon qu'elle est effectuée par l'autorité sanitaire ou par la famille elle-même.

Il surveille l'exécution de la désinfection après tout décès, ou après tout changement des locaux privés ou publics.

Il a la surveillance des hôtels et logements loués en garni, au point de vue de la salubrité.

Il veille à la salubrité des immeubles, de la voirie, des égouts ; il tient à jour le casier sanitaire des immeubles. Enfin, il dresse la statistique sanitaire de sa circonscription.

Toutes les fois qu'il le juge utile, il provoque la réunion de la Commission sanitaire. Il se tient en rapports constants avec les praticiens de sa circonscription, dans la personne du président ou du secrétaire du Syndicat médical de la localité ou de la région. Il saisit le Syndicat mé-

dical de toutes les questions d'hygiène, locales ou régionales qui peuvent intéresser celui-ci.

Matériel dont dispose le médecin sanitaire de circonscription.

Ce matériel diffère selon que sa résidence possède ou non un poste de désinfection.

Dans le premier cas, il dispose du matériel et du personnel du poste qu'il a sous la main pour ainsi dire. Dans le second, il provoque la mise en action du poste de désinfection le plus voisin, quand il le juge nécessaire. Mais il dispose immédiatement d'une certaine quantité de cartouches formolisatrices, de désinfectants usuels, eau de Javel, crésylol, fluoformol, etc., etc., qui permettent une désinfection suffisante dans les cas légers ; ce matériel constitue en quelque sorte un poste secondaire dépendant du poste principal.

Il possède aussi le matériel de laboratoire nécessaire à un examen rapide : microscope, milieux de culture, étuve, etc.

Le médecin sanitaire réside au centre de sa circonscription, qui sera généralement un chef-lieu de canton ou d'arrondissement. Le médecin sanitaire principal réside au chef-lieu du département. Il a les mêmes fonctions et attributions que ses collègues. En outre, il centralise tout ce qui concerne l'hygiène du département.

Dans les villes d'une certaine importance, le médecin sanitaire est en même temps directeur du personnel qui constitue le bureau d'hygiène. Dans les localités de faible importance, on peut dire qu'il constitue à lui tout seul le personnel du bureau d'hygiène de la circonscription.

Pour terminer l'étude de ce qui concerne le médecin sanitaire, nous devons indiquer quel traitement ce fonctionnaire devra recevoir. Nous avons arrêté à 4.200 francs le traitement annuel du médecin sanitaire de circonscription, à 6.600 le traitement annuel du médecin sanitaire principal.

Il y aura lieu en outre de lui allouer des frais de déplacement. Mais cette question viendra plus tard. Le médecin sanitaire ne bornera pas en effet son action uniquement à l'hygiène et à la santé publique. Il cumulera toutes les fonctions de contrôle que comportent les lois sociales : vaccination et revaccination, inspection médicale des écoles, inspection des enfants du premier âge, médecin de l'état-civil, etc. Il pourra même être le médecin contrôleur de certaines administrations privées, telles que les assurances, la mutualité. Toutes ces fonctions seront l'objet pour lui d'une rémunération particulière, dont l'ensemble devra faire un traitement intéressant.

Tout ceci sera examiné ultérieurement.

Les commissions sanitaires

Le médecin sanitaire de circonscription est appuyé, avons-nous dit, par la Commission sanitaire de circonscription. Cette Commission est composée de neuf membres. Elle comprendra trois praticiens désignés par le Syndicat local ou régional, un pharmacien, un vétérinaire, un agent-voyer ou un architecte, un instituteur d'école publique, un maire, le médecin sanitaire. Pharmacien, vétérinaire, maire, instituteur, sont désignés par leurs pairs dans la circonscription. S'il existe une ville de garnison dans la circonscription, le médecin militaire, médecin de la place, fait partie de droit de la Commission, en surnombre.

La Commission choisit son Président dans son sein.

Elle se réunit une fois par mois et délibère sur tout ce qui concerne l'hygiène de la circonscription, et plus particulièrement sur l'épidémiologie régionale et les maladies transmissibles régnantes, sur la salubrité des immeubles, de la voirie, sur l'alimentation en eau potable des localités, sur les systèmes d'égouts, etc. Elle propose à la signature du Préfet tous règlements et arrêtés résultant de ses délibérations.

En cas d'urgence, la Commission sanitaire peut être convoquée extraordinairement par le médecin sanitaire.

Le Conseil départemental d'hygiène se compose d'autant de médecins praticiens qu'il existe de circonscriptions dans le département, à raison d'un médecin désigné par le Syndicat médical de la circonscription, du médecin sanitaire principal, d'un pharmacien nommé par le Syndicat des pharmaciens du département, de l'ingénieur en chef, d'un architecte, du médecin militaire médecin-chef de la place, du Directeur du Laboratoire départemental d'Hygiène, du Préfet, président.

Il est consulté sur tout ce qui concerne la santé publique et l'hygiène dans le département.

On voit, par ce qui précède, que la large représentation accordée aux Syndicats médicaux dans ces deux organismes réalise bien cette collaboration effective avec les pouvoirs publics, que réclamait naguère M. Mirman, le distingué directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au Ministère de l'Intérieur. De plus, ces organismes ne comprennent, pour la grande majorité de leurs membres, que des techniciens, ce qui est une garantie de plus que les questions seront traitées avec la compétence qu'elles exigent.

Il arrivera souvent que les praticiens désignés pour faire partie des Commissions sanitaires et du Conseil d'hygiène seront en même temps conseillers municipaux, conseillers d'arrondissement, conseillers généraux, de telle sorte que, d'une manière officieuse, ces différentes Assemblées à caractère politique s'y trouveront ainsi représentées. Cela peut être une bonne chose, mais ce n'est pas, à notre point de vue, indispensable.

On nous objectera peut-être qu'il n'existe pas

partout de Syndicats médicaux, et que là où ils existent, ils ne comptent parfois qu'une minorité parmi les médecins de la région. Cette objection ne saurait nous arrêter. Le Syndicat est un organisme parfaitement légal, chargé de défendre l'intérêt de ses membres. Si son rôle s'élargit encore, s'il est appelé à participer activement à l'organisation de l'hygiène, il se créera tout naturellement dans les régions où il fait actuellement défaut ; il se renforcera là où il est minorité. On verra une fois de plus la fonction entraîner le développement de l'organe.

Que si par impossible il se trouvait un département, un arrondissement, un chef-lieu de canton, ne comptant que des médecins absolument réfractaires à l'idée syndicale, notre système n'en fonctionnerait pas moins utilement. Mais au lieu de s'adresser au Syndicat inexistant pour la nomination des médecins sanitaires et la composition des commissions sanitaires, l'Etat ferait appel au concours de tous les médecins du département, lesquels offriraient cependant moins de cohésion que le groupement syndical.

Enfin, si les médecins non syndiqués se refusaient à prêter leur concours aux pouvoirs publics, ceux-ci procéderaient comme ils le font dans une commune dont les habitants ne savent pas se mettre d'accord pour nommer une municipalité : ils désigneraient d'office les titulaires des différentes fonctions et attributions du service de l'hygiène publique.

La désinfection.

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot du service de la désinfection. Nous serons brefs.

Nous estimons en effet que, dans la plupart des cas, la désinfection peut et doit être pratiquée dans les familles par les soins du médecin traitant et sous sa surveillance. Nous nous sommes souvent expliqués à ce sujet, et le temps n'a pu que confirmer notre opinion. Le médecin sanitaire, dûment prévenu par le représentant du malade, se contentera de *s'assurer par lui-même* que les mesures prises présentent bien la sécurité et l'efficacité voulues. Il apportera à l'accomplissement de sa mission une discrétion, un tact et une courtoisie d'autant plus grands que, généralement ancien syndiqué, de par le mode de recrutement que nous préconisons, il agira très confraternellement vis-à-vis du médecin traitant, avec qui il pourra d'ailleurs conférer à cette occasion.

Il n'en demeure pas moins nécessaire de posséder une organisation officielle prête à intervenir quand elle en sera requise, soit d'office (désinfections de locaux publics), soit par les particuliers qui préféreront ce mode de faire.

Acceptons pour le moment l'organisation actuelle, les postes de désinfection répartis dans le département de telle sorte qu'il ne faille pas plus de six heures pour aller du centre du poste à la commune de son ressort la plus éloignée. Le poste ne sera pour ainsi dire jamais mis en action que par le médecin sanitaire. Le chef de poste sera sous la surveillance directe de celui-ci pendant les opérations ou, pour mieux dire, c'est le médecin sanitaire qui, toujours, sera chef de poste.

Que reproche-t-on au service de la désinfection publique ? C'est d'être assuré par un personnel subalterne souvent incompétent et d'une éducation qui laisse parfois à désirer, quelque bien intentionné qu'il soit. Or, lorsque le médecin sanitaire sera créé, il aura la charge de faire l'instruction technique du personnel sanitaire, tout comme les médecins militaires font dans les régiments l'instruction des infirmiers et des brancardiers qui les seconderont en campagne.

Agent de direction et de surveillance, le médecin sanitaire aura la haute main sur le poste de désinfection, et son action se fera sentir dans des conditions telles que ce rouage de l'hygiène publique, aujourd'hui décrié et même redouté, pourra fonctionner avec le maximum de résultats.

Le nombre des postes par département peut être limité à un par arrondissement, considéré comme poste principal approvisionnant de petits postes secondaires au centre de chaque circonscription sanitaire. Au poste principal se trouve l'étuve à désinfection. Les postes secondaires comportent des désinfectants, des appareils formolisateurs, des récipients, des sacs lavables et stérilisables, des blouses, etc., ainsi que nous l'avons spécifié plus haut.

Nous avons dit que chaque médecin sanitaire doit être pourvu du matériel de laboratoire suffisant pour faire un diagnostic bactériologique rapide. Pour que notre organisation de l'hygiène soit complète, nous proclamons la nécessité de l'existence, au chef-lieu du département, d'un laboratoire parfaitement agencé pour les recherches, les analyses, les examens qui demandent plus de soin et plus de manipulations. Ce laboratoire aurait d'ailleurs d'autres tâches, et notamment, il servirait à éclairer les magistrats chargés de faire respecter la loi sur les fraudes.

Le laboratoire départemental sera dirigé par un pharmacien, par un chimiste ou par un médecin, avec un personnel suffisant sous leurs ordres. Le directeur-médecin, d'un cadre spécial, connaîtrait également l'interdiction absolue de faire de la clientèle. Comme ses attributions seraient nettement définies, on n'exigerait de lui ni limite d'âge minima, ni exercice préalable de la médecine. Mais il ne pourrait jamais passer dans le cadre des médecins sanitaires. Le traitement annuel du Directeur pourrait être de 5.000 fr. Ce traitement se verrait augmenté du revenu de toutes les recherches qu'il pourrait faire à titre onéreux pour les administrations privées et les particuliers.

Nº CIRCONSCRIPTION

Nº du Carnet.

....

PRESCRIPTION

de

DÉSINFECTION

à

M. ....

....

....

Nº de la Maladie.

....

Date de la prescription.

Le .... 191 .

Emargement du chef de famille.

Département d   Nº du Carnet ....

Nº CIRCONSCRIPTION

Commune de

PRESCRIPTION DE DÉSINFECTION

(Loi du   )

M. ....

....

....

est invité à faire exécuter la désinfection en cours et en fin de maladie, que réclame le cas Nº observé chez lui.

Observations ....

....

....

Le .... 191 .

Décret du ....

Art. 14. — Le chef de famille ou d'établissment peut exécuter ou faire exécuter lui-même la désinfection, à la condition d'en faire la déclaration au médecin sanitaire, de se soumettre à son contrôle, et de l'informer de la guérison, du transport ou du décès du malade.

En exécution de l'art.   du décret du cette formule doit être remise au chef de famille par le médecin traitant dès que son diagnostic est établi.

Département d   Nº du Carnet ....

Nº CIRCONSCRIPTION

Commune de

DÉCLARATION DE MALADIE

(Loi du   )

M. ....

....

....

Nº de la Maladie ....

Le soussigné déclare en outre (1) :
qu'il s'en rapporte du soin de la désinfection au service sanitaire,
qu'il fera exécuter lui-même la désinfection conformément à l'article 14 du décret du

Le .... 191 .

Signé,

(1) Biffer, suivant décision, l'une des deux mentions.

En exécution de l'art.   du décret du cette formule doit être adressée au médecin sanitaire de la circonscription par le chef de famille dans les 48 heures qui suivent la remise de la prescription de désinfection par le médecin.

Le mécanisme de la déclaration et de la désinfection.

Chacun des médecins praticiens d'une circonscription sanitaire est en possession d'un carnet à souche du modèle ci-dessus. Ce carnet comporte un talon et deux feuillets détachables. Le premier de ces feuillets est relatif à la prescription de la désinfection nécessitée par tout cas de maladie transmissible observée par le praticien. Il est remis par celui-ci au chef de famille ou d'établissement ou à son représentant naturel ou légal. Afin de justifier de la remise ainsi faite, le médecin traitant fait émarger le chef de famille sur le talon de son carnet.

En possession de la prescription de désinfection, le chef de famille ou d'établissement détache, à son tour, la déclaration, la remplit et l'adresse dans les 48 heures au médecin sanitaire de circonscription.

S'il déclare en même temps recourir au service public de la désinfection, le médecin sanitaire met en action le poste principal ou le poste secondaire selon les indications particulières à la maladie en cause.

S'il déclare au contraire qu'il se charge de faire lui-même la désinfection, le médecin sanitaire n'a plus qu'à venir contrôler les conditions dans lesquelles les mesures de salubrité sont prises. Il pourra même s'arranger de manière à se rencontrer avec le médecin traitant, qui aura évidemment la direction et la surveillance des opérations, et qui le tiendra au courant de tout ce qu'il aura ordonné.

Les choses se passeront ainsi, si chacun fait son devoir. Mais supposons qu'un chef de famille se refuse à faire la déclaration, qu'arrivera-t-il ? Ou bien il n'en acceptera pas moins que la désinfection soit pratiquée à la diligence de son médecin, ou bien il se refusera systématiquement à toute espèce de formalité et de mesure sanitaire. Dans le premier cas, il n'y aura guère que la statistique qui en souffrira. Mais quelle importance cela peut-il avoir ? Dans le second cas, le médecin sanitaire sera vite informé par des indiscrétions, par la rumeur publique, par des dénonciations mêmes de l'existence d'un cas non déclaré. Il fera son enquête et poursuivra le délinquant devant la juridiction compétente. Quand il aura fait plusieurs exemples dans sa circonscription, on verra tous les intéressés se conformer aux prescriptions de la loi.

Cependant et pour pousser les choses à l'extrême, supposons que la déclaration d'un cas de maladie transmissible ne soit pas faite régulièrement, qu'aucune mesure de désinfection ne soit prise, et qu'un second cas apparaisse auprès du premier, nous ne verrions aucun inconvénient à ce que le médecin traitant prévienne le médecin sanitaire qu'il soigne dans sa circonscription des cas de maladies contagieuses. Ce serait l'analogue de la déclaration de naissance, telle que le praticien doit la faire en cas d'accouchement clandestin.

Au médecin sanitaire de faire ensuite son affaire de toute enquête qu'il jugerait opportune.

Tout le fonctionnement de cette partie de la loi dépendra d'ailleurs en grande partie de l'autorité que le médecin traitant aura su prendre dans sa clientèle. Il devra, en effet, tenir la main à ce que toutes ses prescriptions soient exécutées, aussi bien les prescriptions relatives au traitement, à la diététique, que les prescriptions relatives à la désinfection. S'il rencontrait une résistance quelconque, son devoir serait de se retirer, devant une attitude qui marquerait nettement un manque de confiance envers lui. Ce devoir serait exactement le même, si le chef de famille refusait d'émarger sur le talon du carnet à souche.

Maladies transmissibles soumises à la déclaration obligatoire.

Nous avons dit que cette liste devait être remaniée. Elle comprend actuellement 13 maladies, savoir : la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, la suette miliaire, le choléra, la peste, la fièvre jaune, la dysenterie, les infections puerpérales, la méningite cérébro-spinale.

Il faut tout d'abord établir une catégorie spéciale pour les maladies pestilentielles, le choléra, la peste, le typhus, la fièvre jaune, qui réclament des mesures d'exception lorsqu'elles menacent de déterminer une épidémie plus ou moins étendue. Ce sont d'ailleurs des affections exotiques, qui ne s'observent qu'avec la plus grande rareté, et dans des régions, notamment, dans des ports, déterminées.

D'autre part, nous demandons la suppression de la rougeole, pour laquelle le médecin n'est pas toujours appelé, et qui, ainsi que nous l'avons dit, est contagieuse bien longtemps avant qu'elle puisse être diagnostiquée.

Par contre, nous ne verrions aucun inconvénient à ce que l'érysipèle figure au nombre des maladies pour lesquelles la désinfection est obligatoire.

***

Telle est l'organisation de l'hygiène que nous préconisons, après avoir longuement réfléchi et discuté à son propos.

Est-elle parfaite ? Loin de nous cette prétention. Nous pensons toutefois qu'elle répond aux besoins réels du service, et qu'en outre, elle tient le plus grand compte des intérêts en présence . Nous la soumettons aux méditations des Syndicats médicaux, d'une part, et d'autre part, à l'attention bienveillante du directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au Minis-

tère de l'Intérieur, M. Mirman. Et à ce dernier, nous nous permettons de dire : « Voilà notre système. Voulez-vous en essayer ? Choisissez un département, et appliquez à ce département notre manière de pratiquer la préservation de la santé publique. Si au bout de deux ou trois ans, vous reconnaissez qu'il ne donne pas saisfaction, vous reviendrez aux anciens errements ou à tels autres qui vous paraîtront meilleurs.

Prenez par exemple le département de la Seine-Inférieure où,grâce aux efforts de M. le Dr Ott, le service de l'hygiène publique, tel que le définit la législation actuelle, produit des effets relativement satisfaisants.

C'est un des plus riches et des plus peuplés. Il a de plus pour caractéristique de posséder deux grandes villes de plus de 100.000 habitants chacune. Il compte 5 arrondissements, 55 cantons et 760 communes. Nous estimons qu'en dehors de Rouen où résiderait le médecin sanitaire principal, directeur du Bureau d'hygiène départemental, et du Havre, qui, en raison de son importance, possèderait un médecin sanitaire du rang de principal, directeur de son bureau d'hygiène, notre système nécessiterait un médecin sanitaire par circonscription de 50 communes environ, soit au total deux médecins sanitaires principaux et quinze médecins sanitaires. La dépense nécessitée annuellement par ce personnel serait donc de 75.000 francs environ.

Mais si, comme nous en sommes convaincus, vons constatez des résultats positifs et excellents, alors, vous n'aurez qu'à généraliser à toute la France. »

Un mot encore, avant de terminer cette étude.

Nous avons dit, en l'entreprenant, qu'en matière d'hygiène, la désinfection n'est pas tout. Il y a, en effet, en France, deux fléaux qui sévissent à l'état épidémique et qui feront toujours opposition à l'amélioration de la santé publique, tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen de les combattre et de les faire disparaître.

Le premier, c'est le *taudis*. Passons. Il n'est pas impossible, même avec les armes dont nous disposons actuellement, de supprimer progressivement les logements insalubres, partout où ils existent.

Le second, beaucoup plus grave, c'est l'*alcoolisme*, l'alcoolisme qui abêtit la race, qui augmente la mortinatalité et la mortalité des enfants en bas-âge, l'alcoolisme qui « fait le lit à la tuberculose et à la syphilis », autres causes puissantes de dégénérescence, l'alcoolisme qui peuple les prisons, les hôpitaux et les asiles d'aliénés, *coûtant ainsi à l'Etat infiniment plus que les droits fiscaux sur l'alcool ne lui rapportent.*

Le jour où certain ministre a proclamé que le marchand de vins est un des plus grands facteurs de la prospérité nationale, ce jour-là, il a voulu rire ou faire de l'ironie. Car, tout au fond de lui-même, il n'est pas possible qu'il ne pense pas le contraire ; le marchand de vin est le plus grand facteur de la ruine nationale. C'est lui qu'il faut combattre, si l'on veut provoquer en France la renaissance dont se glorifient actuellement les pays scandinaves, depuis que leurs Gouvernements ont eu le courage de s'attaquer bravement aux fauteurs d'alcoolisme. Quel gouvernement français aura la même attitude ? Nous souhaitons de tout cœur son avènement sans trop l'espérer prochain, puique nous avons vu revenir à la, Chambre, à la suite des élections de mai dernier les mêmes hommes qui, avant de se séparer, ont voté pour ainsi dire d'enthousiasme, la proposition Berry, tendant à supprimer la licence des marchands de vin.

Hélas ! Trois fois hélas ! Allah député est grand, et Mohammed-Bistro est son prophète !!!

L'EXERCICE DE LA PHARMACIE

Deux propositions de loi.

(*Suite*)

Dans le dernier numéro nous avons donné l'exposé des motifs de la proposition rapportée par M. Schmidt au nom de la Commission d'hygiène publique de la Chambre des Députés.

Nous donnons aujourd'hui le texte de la proposition.

Titre premier

Pharmaciens vendant en détail.

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'est muni d'un diplôme de pharmacien délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur de l'Etat.

Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de pharmacien français sont soumis aux mêmes règles de stage, de scolarité, et d'examens que les étudiants français. Toutefois, il peut leur être accordé, en vue de leur inscription dans les Facultés ou Ecoles, l'équivalence de diplômes ou certificats obtenus par eux à l'étranger.

Les pharmaciens diplômés à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer leur profession en France qu'à la condition d'y avoir obtenu le diplôme de pharmacien français et en se conformant aux dispositions de la présente loi.

Les fonctions de pharmacien-expert auprès des tribunaux ne peuvent être remplies que par des pharmaciens français.

Art. 2. — Tout pharmacien, avant d'ouvrir une officine ou d'entrer en possession d'une officine déjà

établie, est tenu d'en faire la déclaration à la mairie du lieu et de faire enregistrer sans frais son diplôme à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où il doit exercer, ainsi qu'au greffe du Tribunal civil dans le ressort duquel est située l'officine. Mention de cet enregistrement doit être inscrite au dos du diplôme par l'autorité administrative.

Est soumis à la même obligation tout pharmacien qui prend la gestion d'une officine dans les cas prévus par les articles 5, 8, 16, 19, et 21.

Art. 3. — Les internes en pharmacie nommés au concours et pourvus de douze inscriptions au moins, ainsi que les étudiants en pharmacie dont la scolarité est terminée et qui n'ont pas subi tous leurs examens, peuvent être autorisés à exercer la pharmacie à titre de remplaçant d'un pharmacien, dans les conditions prévues à l'article 5.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois. Elle est renouvelable sans que sa durée puisse excéder le délai fixé à l'article 15.

Art. 4. — Tout pharmacien doit être propriétaire de l'officine qu'il exploite, sauf les exceptions prévues par la présente loi. Est nulle et de nul effet toute stipulation destinée à établir que la propriété d'une officine appartient à une personne non diplômée.

Est assimilé au propriétaire de l'officine et soumis aux mêmes obligations : 1° le pharmacien gérant l'officine dont ses enfants mineurs ou majeurs sont co-propriétaires ; 2° le conjoint diplômé d'une veuve de pharmacien, gérant, en qualité de cotuteur, l'officine des enfants mineurs ou majeurs issus du premier mariage ; 3° le conjoint diplômé, sous quelque régime que le mariage ait été contracté.

Art. 5. — Après le décès d'une personne pourvue du diplôme de pharmacien et exerçant la pharmacie, son conjoint survivant ou ses héritiers peuvent, pendant un temps qui ne peut pas excéder une année à partir du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer soit par un pharmacien, soit par un étudiant en pharmacie autorisé dans les conditions déterminées par l'article 3 de la présente loi. Ce délai est porté à trois années lorsque le défunt laisse un enfant étudiant en pharmacie pourvu au moins de huit inscriptions de scolarité.

Dans le cas dûment constaté de maladie mettant le propriétaire d'une officine dans l'impossibilité absolue de la gérer, il est pourvu à la gérance, pendant la durée de la maladie, dans les conditions indiquées dans le précédent paragraphe.

Art. 6. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine.

Nul ne peut exercer en même temps que la pharmacie une profession qui le tienne habituellement éloigné du domicile pour lequel son diplôme a été visé conformément à l'article 2.

Art. 7. — Le nom du pharmacien doit être inscrit sur son officine et sur ses factures.

Tout médicament délivré par lui doit être pourvu d'une étiquette adhérente, portant son nom et son adresse à l'exception des produits étiquetés conformément à l'article 22. Les médicaments destinés à l'usage externe doivent, en outre, être munis d'une étiquette spéciale. Un règlement d'administration publique détermine les conditions suivant lesquelles est remplie cette dernière obligation.

Si le médicament délivré est inscrit au Codex actuel, dans une pharmacopée étrangère ou dans une de leurs précédentes éditions, l'étiquette doit porter l'une des désignations qui y sont mentionnées. S'il n'y est pas inscrit, l'étiquette doit porter, soit l'indication du nom et de la dose de la ou des substances entrant dans sa composition, soit un numéro d'ordre correspondant à la formule inscrite sur le registre spécial prévu au paragraphe suivant.

Toute formule magistrale doit être, au moment où elle est exécutée, transcrite avec un numéro d'ordre sur un registre établi à cet effet. La prescription ne peut être rendue au malade qu'après apposition du numéro de référence à ce registre et impression d'un timbre portant le nom et l'adresse du pharmacien.

Tout médicament destiné à la médecine vétérinaire doit être muni d'une étiquette portant la mention « usage vétérinaire ».

Art. 8. — Tout pharmacien propriétaire d'une officine ouverte au public a la faculté de se faire assister par des aides, munis ou non du diplôme de pharmacien, mais il reste personnellement responsable des erreurs qu'ils pourraient commettre.

Si le nombre des aides non diplômés concourant à l'exécution des ordonnances est supérieur à trois, ceux en surnombre doivent être surveillés par des pharmaciens diplômés qui ne peuvent jamais avoir sous leurs ordres plus de trois aides non diplômés.

Les pharmaciens diplômés sont soumis aux conditions fixées par l'article 4 relativement à la déclaration et à l'enregistrement de leur diplôme.

Art. 9. — Il est interdit au pharmacien de solliciter habituellement auprès du public des commandes, par l'intermédiaire de préposés ou de courtiers à sa solde.

Art. 10. — Toute association ayant pour objet l'exploitation d'une officine ouverte au public est interdite si elle n'est faite sous la forme d'une Société en nom collectif entre pharmaciens diplômés. En tous cas, l'officine ne peut être gérée que par les associés.

En outre, aucun des co-associés ne peut posséder en propre une autre officine ouverte au public ou y avoir des intérêts.

Art. 11. — Toute convention d'après laquelle un pharmacien ou un herboriste assurerait à un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire, un profit quelconque, dans l'exercice de leur profession, sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique, est prohibée et nulle.

Tout pharmacien ou herboriste qui aura offert à un médecin, à un chirurgien-dentiste, à une sage-femme ou à un vétérinaire, ou tout médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou vétérinaire qui aura sollicité d'un pharmacien ou d'un herboriste un profit quel-

conque sur la vente d'un produit médicamenteux ou hygiénique, est passible des peines portées à l'article 26.

Art. 12. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de vétérinaire avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession, par le même titulaire, des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Cette disposition n'est pas applicable aux porteurs actuels du diplôme de pharmacien et de l'un des autres diplômes visés ci-dessus.

Toutefois, le médecin peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé, s'il réside dans une commune ou dans une agglomération où il n'y a pas de pharmacie et si les malades résident à une distance de huit kilomètres au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer de médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que si son domicile et celui du malade sont distants de huit kilomètres au moins d'une pharmacie.

Les vétérinaires établis dans une commune ou agglomération dépourvue de pharmacie dans un rayon de huit kilomètres, et qui vont exercer dans une commune ou agglomération distante de huit kilomètres au moins de toute pharmacie, peuvent délivrer les remèdes destinés aux animaux confiés à leurs soins.

Les médecins et les vétérinaires bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente ; ils doivent remettre à leurs clients, en même temps que les médicaments qu'ils leur fournissent, la formule desdits médicaments, rédigée conformément au premier paragraphe de l'article 13.

Art. 13. — L'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire doit être rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Elle doit porter le nom et l'adresse du médecin, soit imprimés, soit apposés à l'aide d'un timbre humide ou sec.

Si le pharmacien croit devoir conserver l'ordonnance, il ne peut refuser d'en délivrer une copie certifiée conforme et portant le timbre et le numéro prévus au paragraphe 4 de l'article 7.

Art. 14. — Les pharmaciens ne peuvent délivrer au public, sans l'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire, les médicaments inscrits sur une liste dressée et tenue à jour par la Commission du Codex.

Lorsqu'il prescrit l'un des médicaments inscrits sur cette liste, le rédacteur de l'ordonnance, sous peine de tomber sous le coup des sanctions prévues par la loi du 19 juillet 1845, est tenu :

1° De rédiger cette ordonnance lisiblement en indiquant le mode d'emploi.

2° D'écrire en toutes lettres les doses des produits inscrits.

En outre il est dressé dans le Codex une liste de médicaments dont la délivrance ne peut être répétée que sur une ordonnance nouvelle, à moins d'indication contraire de l'auteur de la prescription, qui est tenu, dans ce cas, d'apposer sur l'ordonnance autant de timbres mobiles qu'il désire de renouvellements,

Ces timbres mobiles lui seront remis, sur sa demande, par la préfecture du département où il exerce.

Art. 15. — Toute personne pourvue du certificat d'herboriste ne peut détenir ou vendre, parmi les substances médicamenteuses, que les plantes ou parties de plantes médicinales indigènes, fraîches ou sèches, à l'exception des mélanges de plantes et des plantes vénéneuses dont la liste figure au Codex.

Les herboristes sont soumis à la formalité de la déclaration et de l'enregistrement du diplôme prescrits par l'article 2 de la présente loi.

Art. 416. — Par dérogation au premier paragraphe de l'article 4 de la présente loi, les hôpitaux hospices et tous autres établissements ayant pour objet la distribution de secours aux malades, peuvent être propriétaires d'une pharmacie, à la condition de la faire gérer par un pharmacien, sous la surveillance et la responsabiilté duquel se fait la distribution gratuite des médicaments destinés au personnel qu'ils secourent ou qu'ils emploient.

Dans le cas où les établissements d'assistance prévus dans le précédent paragraphe n'useraient pas de la faculté que leur accorde ledit paragraphe de distribuer les médicaments destinés aux indigents, tout pharmacien est tenu de fournir à ceux-ci les remèdes qui leur sont prescrits, et cela d'après un tarif établi par une Commission composée de pharmaciens et de membres de l'Administration.

Les hôpitaux, hospices et tous établissements visés par le premier paragraphe du présent article, qui vendent actuellement des médicaments, pourront continuer cette vente pendant un délai de deux ans à dater de la promulgation de la présente loi, à condition de faire gérer leur pharmacie par un pharmacien diplômé, qui devra nécessairement résider dans la localité où se trouve l'hôpital et qui sera chargé de surveiller la préparation et le débit des médicaments

Art. 17. — Les dispositions du précédent article s'appliquent aux Sociétés de secours mutuels ou Unions de Sociétés de secours mutuels qui assurent les secours pharmaceutiques moyennant une cotisation suffisante, à leurs membres participants et à leur famille : mais ces Sociétés ou Unions de Sociétés ne peuvent fournir de médicaments aux victimes des accidents du travail que dans les conditions prévues par l'article 6 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Titre II

Préparation et vente en gros des produits pharmaceutiques.

Art, 18. — La fabrication et la vente des drogues simples et des produits chimiques destinés à la phar-

macie, sans qu'ils soient jamais délivrés directement au consommateur pour l'usage thérapeutique, sont libres, sous réserve des règlements spéciaux concernant certains de ces produits.

Art. 19. — Les drogueries pharmaceutiques, fabriquant ou vendant des préparations pharmaceutiques, doivent être exploitées, soit par une société en nom collectif, dont l'un des membres est pharmacien, soit par une société en commandite simple dont l'un des commanditaires est pharmacien, soit par une société en commandite par actions dont l'un des gérants est diplômé, soit par une société anonyme dont le conseil d'administration est en majeure partie composé de pharmaciens. Dans tous les cas, l'un des associés ou gérants diplômés est désigné comme gérant responsable.

Tout pharmacien qui prendra la gestion d'une droguerie pharmaceutique sera tenu de déposer son diplôme, dans les conditions fixées par l'article 2.

Art. 20. — Les droguistes pharmaceutiques peuvent détenir et vendre toutes drogues, produits chimiques ou préparations pharmaceutiques même s'ils ne répondent pas aux formules du Codex français, à la condition que ces produits soient étiquetés et vendus conformément à leur composition.

Art. 21. — Lorsqu'un établissement exploitera et mettra en vente soit des drogues simples ou des produits chimiques destinés à la pharmacie, préparés pour la vente au consommateur et livrés sous cachets au pharmacien, soit des compositions ou préparations pharmaceutiques mises en vente dans les mêmes conditions, il devra être exploité soit par un pharmacien, soit par une société en nom collectif dont l'un des associés gérant sera pharmacien, soit par une société en commandite simple dont le commandité sera pharmacien, soit par une société anonyme dont tous les actionnaires seront pharmaciens.

Tout pharmacien qui prendra la gestion d'un établissement semblable sera tenu de déposer son diplôme dans les conditions fixées par l'article 2.

Art. 22. — Les médicaments visés dans l'article précédent devront porter une étiquette indiquant le nom, le domicile et la qualité de pharmacien du fabricant, ainsi que le nom et la dose, par unité de prise, des principes actifs entrant dans leur composition.

L'étiquette devra, en outre, porter un numéro d'ordre indiquant le classement sous lequel aura été inscrit, dans un registre spécial ouvert à cet effet à l'Académie de médecine, le nom et la dose de toutes les substances entrant dans la composition du produit. Ce registre ne pourra être communiqué qu'aux experts chimistes régulièrement munis des pouvoirs judiciaires.

Art. 23. — La vente, la livraison et l'annonce de tout remède secret sont interdites.

Sont considérés comme remèdes secrets les médicaments simples ou composés qui ne sont pas munis d'une étiquette portant les indications prévues par les articles 7 et 22 de la présente loi.

Sont également considérés comme remèdes secrets les médicaments non inscrits au Codex, ou dans une Pharmacopée étrangère, ou dans une de leurs précédentes éditions, livrés aux pharmaciens pour être revendus par ceux-ci, soit en nature, soit après avoir subi une manipulation, et qui ne sont pas munis, au moment de leur livraison aux pharmaciens, d'une notice indiquant leurs caractères d'identité et, s'il y a lieu, leur degré de toxicité.

Titre III

Dispositions diverses.

Art. 24. — Il est publié, tous les dix ans au moins, une édition de la Pharmacopée légale ou Codex, et au moins tous les deux ans un fascicule complémentaire, auxquels les pharmaciens sont tenus de se conformer en ce qui concerne les médicaments qui y sont inscrits.

Le Codex et ses suppléments sont rédigés en la gue française.

Une Commission permanente, nommée par le Ministre de l'Instruction publique, est chargée de la rédaction du Codex et des fascicules complémentaires. Cette Commission établit la nomenclature des médicaments qui doivent figurer dans le Codex, ainsi que leur formule et leur mode de préparation ou d'essai, suivant le cas, afin d'assurer l'uniformité des produits dans toutes les officines.

Le Codex doit, en outre, contenir :

1° La liste des substances qui, d'après l'article 14, ne peuvent être délivrées que sur ordonnance médicale ;

2° La liste des médicaments dont la délivrance ne peut, d'après le même article 14, être répétée que sur une nouvelle ordonnance ;

3° La liste des médicaments inscrits sur la liste annexée au décret réglementant le commerce des substances vénéneuses ;

4° La liste des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste annexée au décret réglementant le commerce des substances vénéneuses, mais qu'il est prudent de séparer des autres ;

5° Les lois et règlements concernant les études pharmaceutiques et l'exercice de la pharmacie.

Tout pharmacien doit être pourvu de la plus récente édition du Codex et de ses compléments.

Art. 25. — En vue d'assurer l'application des lois et règlements en vigueur sur l'exercice de la pharmacie et sur la répression des fraudes en matière médicamenteuse, notamment de vérifier la bonne qualité des produits et de rechercher la fabrication et le débit sans autorisation légale des préparations ou compositions médicinales, il est procédé au moins une fois l'an à l'inspection des officines des pharmaciens, des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires, des magasins de droguistes, herboristes et épiciers, des dépôts d'eaux minérales naturelles, des fabriques et dépôts d'eaux minérales artificielles, généralement de tout local dans lequel une

personne quelconque fabrique, entrepose, met en vente ou vend des produits médicamenteux.

Les pharmaciens, droguistes ou tous détenteurs de produits médicamenteux ou hygiéniques sont tenus de présenter les drogues et compositions qu'ils ont dans leurs magasins, officines, laboratoires et leurs dépendances.

Un règlement d'administration publique désigne les autorités qualifiées pour effectuer les inspections et visites spéciales prévues au présent article et précise les pouvoirs qui leur sont conférés par ledit article.

L'inspection des officines des pharmaciens et des dépôts de médicaments tenus par les médecins et les vétérinaires ne peut être confiée qu'à des professeurs des Facultés ou Ecoles de pharmacie, pourvus du diplôme de pharmacien, ou à des pharmaciens ayant tenu officine ouverte pendant dix ans au moins, ou à des pharmaciens exerçant leur profession depuis le même laps de temps, mais ces derniers ne pourront inspecter dans le département où ils exercent.

Un règlement d'administration publique détermine les règles de procédure applicables aux substances médicamenteuses et hygiéniques en ce qui concerne les prélèvements d'échantillons, les analyses, expertises et saisies nécessaires à l'exécution de la présente loi et de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes.

Il est institué, dans chaque Faculté ou Ecole pourvue d'un laboratoire chargé de l'analyse des médicaments prélevés par les inspecteurs, une Commission consultative appelée à donner son avis sur la nature des infractions constatées. Cette Commission doit comprendre des représentants des Facultés ou Ecoles de pharmacie pourvus du diplôme de pharmacien, des pharmaciens inspecteurs et des pharmaciens tenant officine ouverte.

Art. 26. — Quiconque, sans être pourvu d'un diplôme de pharmacien délivré par l'Etat, aura débité ou vendu des médicaments, exercé la profession de pharmacien ou se sera immiscé par coopération, association ou tout autre accord dans l'exploitation d'une officine ou d'un produit médicamenteux en dehors des conditions prévues par la présente loi, sera puni d'une amende de 500 à 3.000 francs.

Art. 27. — Seront punis d'une amende de 100 à 500 francs :

1° Le pharmacien qui n'aura pas effectué la déclaration et la production du diplôme prescrites par la loi ;

2° Les élèves qui auront exercé la pharmacie ou géré une officine en dehors des cas prévus ;

3° Quiconque aura vendu ou mis en vente des médicaments sur la voie publique, les foires ou marchés ;

4° Les membres des commissions administratives des hôpitaux et hospices, les administrateurs de établissements ayant pour objet la distribution des secours aux malades, les administrateurs de sociétés de secours mutuels, les pharmaciens attachés aux dits établissements qui auront contrevenu aux dispositions des articles 16 et 17.

Art. 28. — Sont punis d'une amende de 16 à 100 francs :

1° Le pharmacien qui ne se sera pas conformé, pour son enseigne, ses étiquettes et ses factures, aux prescriptions des articles 6 et 7 de la présente loi ou qui aura contrevenu au deuxième paragraphe de l'article 6 ;

2° Le pharmacien qui aura délivré sans ordonnance de médecin les médicaments mentionnés dans l'article 14 ;

3° Le pharmacien qui ne sera pas pourvu de l'édition la plus récente du Codex et de ses compléments ou qui ne s'y sera pas conformé, contrairement à l'obligation édictée par l'article 24 ;

4° Quiconque aura commis une des infractions prévues par la présente loi et qui ne sont pas visées dans les articles 26 et 27, ainsi que dans le présent article.

Art. 29. — Lorsque le prévenu, convaincu de contravention à la présente loi, aura, dans les cinq ans qui ont précédé le délit, été condamné pour une infraction identique, l'amende pourra être élevée jusqu'au double du maximum, et le coupable pourra, en outre, être condamné à un emprisonnement de six jours à un mois.

Art. 30. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux infractions prévues et punies par la présente loi.

Art. 31. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies françaises.

Art. 32. — Sont et demeurent abrogés :

1° L'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748, ainsi que les arrêts et règlements qui y sont rappelés :

2° La déclaration du roi du 25 avril 1777 ;

3° La loi du 14 avril 1791 ;

4° La loi du 29 pluviôse an XIII

5° La loi du 25 prairial an XIII ;

6° La loi du 21 germinal an XI et la loi du 25 juin 1908 ;

7° Le décret du 19 août 1810

8° L'ordonnance du 8 août 1816 ;

9° Le décret du 3 mai 1850 ;

10° Généralement les dispositions des lois, ordonnances et décrets antérieurs, en ce qu'ils ont d'incompatible avec les prescriptions de la présente loi.

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 4, 11 et 13 juin 1914

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3371 Dabasse, Beaumont-de-Lomagne (Tarn-et Garonne.)

3372 Lacassagne, à Séméac (Hautes-Pyrénées).
3373 Couëtoux, à Tlemcen (Oran).
3374 Langlais, à Pontivy (Morbihan).
3375 Dinet, 11, *bis*, rue Cernuschi (Paris).
3376 Albarède, à Lautrec (Tarn).
3377 Hubert, à Vion (Somme).
3378 Denave, à Virieu-le-Grand (Ain).
3379 Prunier, à Saint-Mandé (Seine).
3380 Aucouturier, à Coulommiers (Seine-et-Marne).
3381 Faussillon, à Cluny (Saône-et-Loire.)
3382 Reyne, à Moutiers (Savoie).
3383 Favre, à Perriers-sur-Andelle (Eure).
3384 Lechevallier, à Cambrai (Nord).

— Le Dr X. a été exclu, en fait, du service de l'assistance médicale gratuite d'une commune par une note lui indiquant que tous les indigents qui l'avaient choisi comme médecin au début de l'année avaient manifesté, en cours d'année, le désir d'être soignés par un autre médecin.

L'avis de Me Auger étant que le réglement départemental ne permet pas à l'indigent de changer de médecin en cours d'année, et qu'il y a possibilité de former un pourvoi en Conseil d'Etat, le Conseil accorde en principe l'appui pécuniaire au Dr X. pour former ce recours (1).

— Le Dr P. signale que son adversaire B., qui a été débouté en première instance et en appel d'une demande en dommages-intérêts pour responsabilité civile, est séparé de biens d'avec sa femme et, en fait, insolvable.

Dans ces conditions, le Conseil est d'avis qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'exécution de l'arrêt, mais simplement de le signifier pour le rendre définitif.

— Me Mornard annonce que la Chambre des requêtes de la Cour de cassation a admis le pourvoi du Dr G., contre le jugement du tribunal civil de Lyon repoussant le cumul.

Le versement d'une somme de 600 francs pour provision est ordonnancé, à l'effet de poursuivre l'affaire devant la Chambre civile.

— Le Dr de F. demande l'appui pécuniaire dans une affaire d'opposition à un jugement de paix. Ayant fait, il y a 7 ans, condamner une cliente à lui payer 300 francs d'honoraires, il n'a pu lui faire signifier le jugement que tout récemment ; la cliente, défendue par un avocat à la Cour, invoque la péremption et prétend avoir payé entre la citation et le jugement.

Après discussion, le Conseil accorde l'appui pécuniaire demandé.

— Le Dr V., médecin propharmacien, demande si le « Sou » garantirait la responsabilité civile qui pourrait résulter de la délivrance de médicaments par sa femme.

Le Conseil est d'avis qu'il y a lieu de répondre affirmativement à cette question ; mais il est bien entendu que le médecin pro-pharmacien ne serait garanti que s'il ne délivre des médicaments à ses clients que dans les termes de l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI, mais non s'il exerce réellement la pharmacie, en tenant, par exemple, officine ouverte.

— Le Dr V. est traîné en appel d'un jugement de paix qui a condamné un patron à lui payer des honoraires pour soins donnés à son ouvrier blessé.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr V. pour répondre à cet appel.

— Le Dr D. demande quels honoraires doivent compter deux médecins qui ont pratiqué ensemble, chez un blessé du travail, une opération de petite chirurgie.

Le Conseil, considérant que le Tarif Dubief n'accorde des honoraires à l'aide que pour les opérations de grande chirurgie, est d'avis que les deux médecins ne peuvent compter qu'une seule fois le prix de l'intervention elle-même, en outre du prix de la consultation avec un confrère pour chacun d'eux. Le tarif Dubief doit être interprété strictement, et les médecins doivent subir les cas dans lesquels il n'alloue que des honoraires insuffisants, sauf à profiter de ceux pour lesquels ils seraient rémunérés plus largement ; les patrons et les Compagnies d'assurances seraient mal fondés à se plaindre d'être défavorisés dans ces derniers cas. Il se produit ainsi un commencement de compensation.

— Le Dr B. se voit demander en justice de paix, par un huissier qu'il avait chargé d'un recouvrement, l'honoraire de 50 % convenu, alors que, l'huissier ayant renoncé à poursuivre ce recouvrement, le Dr B. n'a touché sa créance, en partie d'ailleurs qu'à la suite de ses démarches personnelles.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr B. pour répondre à cette demande.

— Le Dr D. est traîné en appel d'un jugement de paix condamnant un patron à lui payer des honoraires pour soins donnés à son ouvrier blessé. L'appelant soutient que le juge de paix était incompétent, attendu qu'il n'y avait pas accident du travail.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr D.

(1) Cette décision n'a pas été suivie d'effet, le Dr X. ayant préféré agir auprès de l'Administration préfectorale par voie de démarche amiable.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **XIVe Congrès français de Médecine.** — Le XIIIe Congrès des médecins de langue française, réuni à Paris en 1912, a désigné Bruxelles comme siège du XIVe Congrès. Celui-ci aura lieu du 30 septembre au 4 octobre 1914, au Palais des Académies, sous le patronage du roi et de la reine des Belges. Son comité d'honneur est composé comme suit : président : M. le professeur Stiénon (de Bruxelles) ; membres : MM. les professeurs Beco (de Liége), Brachet, Demoor (de Bruxelles), Denis (de Louvain), de Stella (de Gand), Dubois-Havenitz, Dustin (de Bruxelles), Eeman (de Gand), Firket (de Liége), Gengou, Glorieux, Héger-Gilbert, Jacques (de Bruxelles), Leboucq (de Gand), Lemaire, Maldague (de Louvain), Malvoz (de Liége), Slosse, Spehl (de Bruxelles), Swaen (de Liége), Van Ermengen (de Gand), Van Gehuchten (de Louvain).

Les questions suivantes y seront traitées :

« Les syphilides de l'appareil cérébro-vasculaire ».

« Les lipoïdes en pathologie ».

« De la valeur thérapeutique du pneumothorax artificiel ».

« La vaccinothérapie en général et, spécialement dans la fièvre typhoïde et le cancer ».

Parmi les rapporteurs dont le concours est dès à présent assuré, signalons MM. les professeurs Vaquez, Vincent, Chantemesse (de Paris) ; Spillman et Haushalter (de Nancy) ; Bayet, Bordet, Zunz, Geeraerd, Derscheid (de Bruxelles) ; Burnand (de Leysin), etc.

On peut envoyer son adhésion au Congrès dès ce jour. Prière d'écrire à M. Godart-Danhieux, 9 *a*, rue Montoyer, Bruxelles, et de joindre à sa lettre d'inscription un mandat de 20 francs. Les dames des membres ainsi que les étudiants en médecine sont admis comme membres associés (cotisation 10 francs).

Les membres du Congrès, qui désireraient y faire une communication, sont priés d'en avertir au plus tôt M. le professeur René Verhoogen, secrétaire général du Comité d'organisation, 22, rue Joseph-II, à Bruxelles. Aucune communication ne pourra être acceptée après le 1er septembre.

— **Congrès national de l'éducation physique.** — Ce Congrès se tiendra à Lyon du 27 au 29 juillet prochain.

Les rapports suivants seront présentés au Congrès :

1° Organisation de l'enseignement supérieur de l'éducation physique en France. Recrutement et formation des professeurs (Expérience de Janson de Sailly) : M. Henri Dausset (de Paris) ;

2° Organisation de l'éducation physique obligatoire dans l'enseignement primaire : M. Dufestel (de Paris) ; M. P. Vigne (de Lyon) ;

3° Examen critique des diverses méthodes de gymnastique : M Wetterwald (de Paris) ;

4° L'éducation physique dans les Sociétés post-scolaires et ses rapports avec la préparation militaire : M. Gélibert (de Lyon) ; M. Douzans (de Lyon) ;

5° Critères de l'entraînement : M. Francis Heckel (de Paris) ;

6° Education physique chez la femme : Mlle Varlet, directrice de l'Ecole normale d'institutrices du département du Rhône ; professeur agrégé Piéry (de Lyon) ;

7° Pratique rationnelle et résultats utiles des grands sports : Alpinisme, professeur agrégé Siraud (de Lyon). Automobilisme, professeur agrégé, Tavernier (de Lyon) ; M. Carle (de Lyon). Sports nautiques, MM. Jambon, Coste-Labaume et Puy (de Lyon). Lutte, poids et haltères, M. Maspoli (de Lyon). Escrime, M. Trombert ;

8° La culture physique comme moyen de lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose, M. Guyot (de Lyon) ; M. Rochaix (de Lyon) ;

9° Gymnastique respiratoire chez l'enfant, M. Arthur Rivière (de Lyon) ;

10° Contre-indications à la culture physique et aux sports, MM. Bidon (de Lyon) et Michot (de Saint-Etienne) ;

— **Une défaite de l'alcoolisme.** — Sous ce titre, le *Journal des Débats* rapporte un fait important et qui montre que les nations qui le veulent peuvent lutter efficacement contre l'alcoolisme.

Ce n'est pas en France, bien entendu. Le *Tour du monde* nous montre comment la Finlande s'est débarrassée de ce fléau. Elle consommait, il y a un demi-siècle, 20 à 25 millions d'hectolitres d'alcool, soit 15 litres par habitant. Elle occupait le premier rang parmi les pays alcoolisés. Un cinquième de la récolte des céréales passait à cette fabrication. Le fléau paraissait indéracinable, car tous les propriétaires y trouvaient leur compte, comme en France nos bouilleurs de cru. Et cependant les Ligues antialcooliques, fortes de l'appui de la jeunesse enrôlée dans des « Ligues de l'espérance », soutenues vigoureusement par le féminisme pratique et puissant dans le pays, ont obtenu gain de cause. Le Parlement finlandais a voté en 1861 une loi qui, tout en prévoyant les exceptions et transactions nécessaires, a résolument attaqué le mal. De 1861 à 1871, la consommation est tombée de quinze litres par habitant à trois litres et demi. Parallèlement, le chiffre des arrestations pour ivrognerie, qui était de 6,847 en 1861, est tombé à moins de 400. La criminalité, la folie, la mortalité et les suicides ont suivi la même dégression. Les Finlandais, qui avaient le record de la consommation de l'alcool, ont maintenant celui de la tempérance et ils prétendent qu'ils auraient obtenu un résultat plus complet encore sans l'intervention des autorités russes qui entravent parfois l'application stricte de la législation du Grand-Duché. Chez nous, cette question de vie ou de mort laisse indifférents les pouvoirs publics : on n'en parle même pas en temps d'élections, alors qu'on parle de tout, et les législateurs rivalisent d'égards pour l'alcool, ceux qui le fabriquent, ceux qui le vendent et ceux qui le boivent. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques.*)

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente sixième année. N° 28 Dimanche 12 Juillet 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Encore un cas d'ingérence des parlementaires dans l'administration de la justice.

Comment on établit la légende des médecins marrons.

Il y a quelques mois, la Commission d'enquête de la Chambre des Députés, chargée d'élucider quelques points obscurs de l'affaire Rochette, constatait « *chez les gouvernants eux-mêmes le fléchissement du sens de la règle, le dédain des procédures normales et de l'indépendance des magistrats trop dociles* ; » elle se plaignait de la confusion des pouvoirs, de l'ingérence de toutes les puissances, Parlement, Gouvernement, presse et finance, dans l'administration de la justice.

La Chambre approuva. Les élections eurent lieu. Et les mœurs parlementaires restèrent les mêmes. Certains députés, lorsque leurs intérêts furent en jeu, continuèrent à faire des efforts inouïs pour peser de toute leur influence sur les décisions de la Justice. Or, comme l'a dit Montaigne, quand il n'y a rien dans un des plateaux de la balance, il suffit, pour faire pencher l'autre, du songe-creux d'une vieille femme. C'est ce que vient de nous raconter M. Jacques Dhur, dans un article du *Journal* du 2 juillet 1914. Le fait est pour nous intéressant, car un de nos confrères faillit en être victime et proclamé médecin marron.



M. Jacques Dhur avait posé sa candidature à la députation dans la 2e circonscription de Guingamp. C'était son droit. Un de nos honorables confrères de la région, maire de sa commune, patronnait cette candidature. Personne ne pouvait non plus lui discuter ce droit. Mais tout ceci ne faisait pas les affaires du député sortant. Et voici comment il s'y prit, d'après M. J. Dhur, pour tâcher de déconsidérer le médecin qui soutenait son adversaire politique. Nous laissons à M. Jacques Dhur le soin de raconter cette affaire et reproduisons textuellement l'article du *Journal* :

« Pour annihiler l'influence d'un adversaire politique, le docteur Z., maire de C... — pour le tuer moralement... et civilement, — M. T. (le député) n'hésita pas à machiner une intrigue qui devait aboutir à des poursuites correctionnelles contre un cultivateur, L..., sous prétexte de fraude au préjudice d'une com-

pagnie d'assurances. Il savait que, blessé en 1908, L... s'était depuis assuré, et que, victime en 1910 d'un second accident, il avait touché 750 francs sur production de certificats délivrés par le docteur Z. Il s'agissait de nier le second accident et de taxer de complaisance les certificats.

Ce qui montre, tout d'abord, la marque de fabrique politique de la machination, c'est qu'on n'osa pas aller jusqu'à prétendre que ce brave homme qu'est le docteur Z. se serait compromis ainsi dans un misérable but de lucre, mais tout bonnement « pour se faire de la popularité ».

Et puis, c'est sur la dénonciation d'un partisan de M. T... que la compagnie d'assurances dépose une plainte qui doit mettre en mouvement le parquet et le juge d'instruction. Mais L... est seul inculpé. Le docteur Z., lui, n'est pas inquiété.

C'est l'effondrement du plan de M. T... Aussi, par téléphone d'abord, en personne ensuite, essaie-t-il de circonvenir le directeur de la compagnie d'assurances. Là, il se heurte à la conscience d'un honnête homme. Son intervention est vaine.

Mais il est un autre homme, pense-t-il, sur qui son mandat de député doit peser d'un poids plus lourd : c'est le garde des sceaux.

Alors, pour préparer l'attaque, c'est dans le huis clos d'un cabinet, au Palais-Bourbon, — afin d'ajouter le prestige du cadre à la force des arguments perfides — une conférence décisive avec la veuve X, la grande et, à vrai dire, l'unique accusatrice.

Puis, désormais, assuré d'elle, il se rend à la chancellerie. Et, là, un fonctionnaire lui promet de sacrifier la victime qu'il désigne.

Mais cela ne suffit pas encore à M. T.... Enhardi par cette complaisance, et certain qu'il peut désormais tout oser, après avoir obtenu qu'on fasse venir le dossier, il revient à la charge pour fixer, lui-même, la date du sacrifice en pleine période électorale

Comment, en effet, M. T... et ses partisans, dès le premier jour où j'ai commencé ma campagne électorale, c'est-à-dire dès le dimanche 12 avril, auraient-ils pu annoncer, en l'exploitant contre moi, l'assignation imminente en correctionnelle de l'homme qui patronnait ma candidature — assignation signifiée seulement le 18.... Oui, comment, si M. T... n'eût pas été de mèche avec la justice ?

Et la machination éclate encore, si possible, davantage, quand on sait que le dossier, dans cette affaire de « quatre sous », n'est pas venu seulement à Paris à la chancellerie. Il a été aussi à Saint-Brieuc, dans le cabinet du préfet des Côtes-du-Nord, fonctionnaire uniquement politique, dépendant directement du Ministère de l'intérieur. Qu'allait faire là le dossier ? Là où se nouent les intrigues électorales !...

Où donc est le grand principe de la séparation des pouvoirs, garantie essentielle de l'individu en régime démocratique ?

***

J'ai assisté à l'audition des témoins, au cours du procès correctionnel qui a abouti à l'acquittement du docteur Z... et de L... Seule, la veuve X. nia le second accident, fielleusement — haineusement. Pourtant les témoins, dont l'agent d'assurances, l'horloger G..., et deux de ses employés, vinrent affirmer que c'était elle-même qui, en présence de L.., empêché d'écrire, avait rempli la formule de déclaration d'accident !...

A cette révélation, on s'attendait à voir le procureur de la République se lever pour requérir contre la veuve X. pour faux témoignage, ou tout au moins pour complicité de l'escroquerie reprochée à L. Mais non. La veuve L..., c'était l'accusation. On ne pouvait y toucher sans faire crouler cette accusation. Et puis, « cuisinée » au Palais-Bourbon par M. T..., qui l'avait couverte de son manteau, n'était-elle pas protégée un peu, elle aussi, par l'immunité parlementaire ?

Et cette femme apparaît d'autant plus intangible pour la magistrature, que, dans la plainte de la compagnie d'assurances, — qui ignorait le vrai rôle joué par elle et, de bonne foi, la désignait comme principal témoin, — on lit : « L'auteur de la déclaration d'accident est évidemment complice de la fraude et doit être impliqué dans les poursuites... »

Or, pas plus que le procureur de la République à l'audience, le juge d'instruction, qui tout de suite avait dû être édifié par les déclarations des témoins, n'avait osé toucher à la veuve L. Pourquoi ?... N'est-ce pas parce qu'elle était sous l'égide de hautes et occultes influences ? Et l'on s'explique que la conscience de ce magistrat, qui a été presque un héros, ait hésité pendant dix-sept mois à livrer à la correctionnelle un innocent.

Et, à la barre des témoins, M. T... ne put nier son entrevue au Palais- Bourbon avec cette étrange accusatrice, absoute d'avance de tout, — même des complicités établies et proclamées.

De même, sur une question précise de l'avocat du docteur Z., le député dut avouer :

— Oui, je suis allé trois fois à la chancellerie voir où en était l'affaire.

Qu'allait-il y faire ? On s'en doutait bien, évidemment. Mais voilà qu'un témoignage devant le 3e bureau — celui de l'honorable M. de Kerguézec, député de la 1re circonscription de Guingamp — vient éclairer d'une singulière lueur les louches manigances de M. T...

M. de Kerguézec avait appris dans sa circonscription — où tout le monde connaît et estime le docteur Z. — les atermoiements, les hésitations et l'émoi des magistrats.

On lui avait dit que, sous ce procès, qui durait depuis des mois sans aboutir, il y avait toute une machination électorale. Il voulut savoir si vraiment des contingences extérieures venaient entraver l'action de la justice. Et, de retour à Paris, il se présenta ainsi chez le directeur des affaires criminelles et des grâces :

— Monsieur le directeur, je viens vous voir au

sujet d'une affaire que vous ne connaissez pas sans doute et qui cause une certaine émotion dans ma circonscription de Guingamp. C'est l'affaire L...

Tout de suite, croyant aller au-devant des désirs du député qui était là, le haut fonctionnaire s'empressa, — avec le sourire.

— Comment donc !... Mais je la connais, cette affaire. Votre collègue, M. T..., est venu trois fois m'en entretenir...

Et il ajouta :

— Soyez tranquille, monsieur le député, nous tiendrons la main à ce que, désormais, ça ne traîne pas...

Ah ! oui, certes... Maintenant que dans le filet de la justice, où l'on avait laissé se débattre si longtemps un comparse, du menu fretin, on tenait le docteur Z., la grosse prise convoitée, ça n'allait pas traîner !... Ça n'avait plus à traîner !...

Véhémentement, l'honorable M. de Kerguézec protesta qu'il venait, lui, pour empêcher, dans le domaine judiciaire, toute intrusion politique.

Ainsi donc, la preuve est faite et par les aveux de M. T..., et par le témoignage de M. de Kerguézec, qu'un député n'a pas hésité, pour aider à cette chose misérable qu'est une manœuvre électorale, à tenter de déshonorer, de tuer moralement un honnête homme. »

***

Nous ne connaissons aucun des acteurs de cette comédie judiciaire : ni M. Jacques Dhur, ni le député de la 2e circonscription de Guingamp ; nous n'avons jamais vu le Dr Z., ; il nous est donc facile d'apprécier en toute impartialité les faits d'après l'article du *Journal*. Notons que l'article du *Journal* n'est, en somme, que l'exposé du rapport lu à la Chambre sur l'élection contestée du député en question.

Cette affaire nous montre, d'abord, un des loyaux procédés avec lesquels on est parvenu à établir la légende des médecins marrons. En dépit de l'acquittement de notre confrère, il se trouvera toujours parmi les adversaires politiques de M. Jacques Dhur, un certain nombre d'honnêtes gens, naïfs ou intéressés, pour affirmer, avec le proverbe, qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Puis de bouche en bouche, le fait ira se généralisant ; tout le monde connaît la fable : *Les femmes et le secret*.

Il ne nous déplaît pas que ce soit M. Jacques Dhur, journaliste combatif et qui plus d'une fois a mis sa plume un peu rude au service d'une noble cause, qui ait pu juger encore une fois et par lui-même comment s'administre la justice dans notre pays. Ce sera pour lui un stimulant de plus et nous espérons qu'il ne s'en tiendra pas là dans les campagnes de redresseur de torts qu'il a su jusqu'ici si courageusement entreprendre.

Ce n'est pas la première fois que les hauts fonctionnaires de la chancellerie promettent de sacrifier la victime que leur désigne la vindicte d'un politicien influent.

Ce n'est pas la première fois que les dossiers judiciaires s'égarent et vont, comme par hasard, séjourner dans les ministères et dans les cabinets des préfets où ils ne sont guère à leur place.

Ce n'est pas la première fois que le procureur de la République qui requiert contre l'innocent, n'ose élever la voix lorsqu'on lui désigne le vrai coupable.

Malgré tout, notre confrère a été acquitté. C'est une preuve qu'il est des juges intègres, et nous dirons avec M. de Jouvenel que « ceci est d'autant plus beau qu'ils le sont contre toute raison ». Les juges « ont le scepticisme de leur milieu et de plus, celui que donne l'habitude de regarder en face les fautes et les crimes des hommes.

« Ils savent que l'administration de la justice ne diffère pas des autres administrations : ils ne redoutent donc guère les sanctions et sont persuadés que le mérite ne suffit pas à déterminer la récompense.

« Ils disposent d'une puissance formidable, qui met à leur merci l'honneur et la fortune des justiciables.

« Ils n'offrent donc pas de garanties, ne connaissent pas de freins, ne touchent pas de traitements (ou si peu), subissent toutes les tentations, possèdent tous les pouvoirs — en dépit de quoi ils sont intègres. Et, comme rien ne les y oblige, ni ne les y engage, il faut croire qu'ils le sont par goût (1). »

Et nous convenons que ceci est très beau de leur part.

Quant au député accusateur de notre confrère, il a été validé avec enthousiasme par la Chambre, mise au courant de ces faits. Le contraire nous aurait surpris.

J. NOIR.

(1) R. DE JOUVENEL — *La République des camarades. La Magistrature.*



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital des enfants de Bordeaux : M. le Professeur de clinique infantile médicale Moussous.

La gastro-entérite des nourrissons (1)

Tout dernièrement, je vous ai parlé des diverses formes de gastro-entérites chez les nourrissons. Aujourd'hui, je me propose d'aborder la question du traitement. Question d'une importance considérable, la gastro-entérite étant toujours la cause principale du taux si élevé de la mortalité infantile, malgré les progrès réalisés, et malgré la lutte active entreprise de tous côtés.

Si nous avions une théorie pathogénique indiscutable de la gastro-entérite, nous serions plus forts pour la combattre. Malheureusement, cette théorie pathogénique indiscutable n'existe pas. Certes, nous connaissons certaines conditions favorisantes, nous connaissons quelques causes indubitables ; mais nous ne possédons pas la « clef » de toutes les formes de gastro-entérites. En un mot, nous ne sommes pas encore fixés suffisamment sur la pathogénie pour en faire un exposé complet, définitif.

Depuis que je m'occupe de pathologie infantile, j'ai déjà vu passer bien des théories ! Quand j'ai commencé mes études, à ce moment-là, la question de l'infection ne se posait même pas.

On avait tout simplement dégagé de l'observation des faits quelques conditions favorisantes. En particulier, on avait remarqué que les enfants nourris au sein étaient rarement atteints de gastro-entérite, que les enfants nourris artificiellement faisaient, au contraire, souvent de la gastro-entérite. Donc, l'*alimentation* était un facteur de gastro-entérite. Outre l'alimentation, on imputait toutes les conditions déprimantes.

C'est ainsi qu'on insistait beaucoup, en particulier, sur l'influence de la *dentition* vers 5 ou 6 mois. Enfin, on parlait de l'influence de la *chaleur*, du *temps orageux*, de l'*habitat*, du *milieu*. Tout ceci est vrai et les faits ne l'ont point démenti.

Surviennent les merveilleuses découvertes de Pasteur. Une évolution nouvelle se produit dans les idées, et apparaît la théorie de l'infection. Peu à peu, on signale l'influence des micro-organismes dans les grandes affections du tube digestif : la dysenterie, la fièvre typhoïde, le choléra. La pathogénie des gastro-entérites suit le courant des idées nouvelles, et, dès les premières hypothèses, on voit apparaître échelonnés les beaux travaux de Nobécourt, d'Escherich, de Bootker.

C'est ainsi qu'on voit se dégager des formes de gastro-entérites dont certains *streptocoques* seraient responsables. On incrimine également le *coli-bacille*. C'est lui, en particulier, qui produirait la *diarrhée verte de Lesage*. A côté de Lesage, Clado, Damaschino étudient de leur côté cette question.

Lorsque j'étais l'interne de Damaschino, je me souviens que nous avons eu, dans le service, une épidémie remarquable de diarrhée verte. Dès cette époque, Damaschino avait été frappé du caractère épidémique et contagieux de cette diarrhée. A l'examen bactériologique, il avait constaté la présence en grande abondance du coli-bacille dans les selles, et il avait vu aussi que ces selles, malgré leur coloration, ne donnaient par les réactions habituelles de la bile.

Après ces études sur les streptocoques et le coli-bacille, on était arrivé à cette formule — résumée par les travaux de Nobécourt — de la gastro-entérite, syndrome correspondant à des infections intestinales où on ne pouvait dégager un agent spécifique, infections pouvant se communiquer et venant en dehors de l'organisme.

Enfin, il y a quelques années, dans cet hôpital même, M. le Professeur Auché et Mlle Campana, son interne, ont étudié un nouveau type de diarrhée glaireuse qui serait engendrée par le *bacille dysentérique*, ou des bacilles voisins, comme le *bacille de Flexner*. Si bien que, pour certaines classes d'entérites voisines de la dysenterie, il arrive qu'on trouve le bacille dysentérique dans les selles, et que le sang des malades soit agglutiné par ce bacille. Il semble donc que certains types d'entérite, venant sous forme épidémique, renferment des micro-organismes pathogènes de ces formes.

Mais cette formule, attribuant l'entérite à des germes venus du dehors, a été battue en brèche. Les deux principales raisons invoquées sont les suivantes

1° La gastro-entérite peut s'observer chez les enfants nourris au sein, comme chez les enfants nourris au biberon, et, dans ce cas, on ne saurait alléguer que l'infection provient de germes venus du dehors.

2° La stérilisation du lait n'empêche pas la gastro-entérite.

Ces objections ont été considérées comme

(1) Leçon recueillie par le Dr Devillars le 24 juin

ayant une telle valeur qu'on a mis en doute le rôle des agents pathogènes. On a parlé alors, de l'intoxication primitive, en dehors de l'organisme.

Il est certain que les enfants sont atteints fréquemment de troubles digestifs par intoxication externe. Le cas le plus typique est le cas d'enfants nourris avec du lait de bétail qui a une mauvaise alimentation. L'observation médicale et vétérinaire a montré que beaucoup d'aliments communiquaient au lait des propriétés nocives. Par exemple, dans les régions du Nord, où l'on fait beaucoup d'alimentation avec des résidus industriels provenant des sucreries et des distilleries, le lait est parfois très mauvais et cause des troubles graves. Les vaches pleines, soumises à cette alimentation, avortent souvent, ou bien leurs veaux meurent rapidement ou viennent mal. Il n'est donc pas surprenant que les enfants nourris avec du lait provenant de tels animaux présentent des gastro-entérites graves.

Toujours dans le même ordre d'idées, nous avons eu l'occasion de parler aussi des produits toxiques susceptibles de se trouver dans le lait de femme.

En ce qui concerne l'intoxication produite par le lait stérilisé, Marfan a étudié cette question. Après avoir observé des formes sévères de gastro-entérites, malgré l'emploi du lait stérilisé, Marfan est arrivé à cette conception que l'enfant était intoxiqué pas des poisons contenus dans le lait avant la stérilisation et non détruits par la stérilisation, poisons donnant des accidents toxiques graves de gastro-entérites à forme cholériforme.

Donc, vous le voyez, la théorie infectieuse a perdu un peu de terrain. L'intoxication joue aussi un grand rôle, et même tout le rôle pour les Allemands, d'après les travaux de Finkelstein.

Marfan, qui s'est livré à une sérieuse étude de ces travaux, en a fait une judicieuse critique. Il leur reproche une série de malentendus, de faits mal observés, et surtout les déductions qui en ont été tirées.

Ainsi, Finkelstein dit qu'en étudiant la tolérance vis-à-vis des différents éléments constituants du lait, il a remarqué que la partie la moins nocive était l'albumine. La lactose, produit de la diarrhée, les graisses exagèrent les troubles digestifs. Donc la seule substance bien tolérée, c'est la caséine. En conséquence, il préconise le lait albumineux, c'est-à-dire le lait dépouillé de ses graisses et de son sucre.

Or, les expériences faites en France ont donné des résultats absolument défavorables. Les Allemands ont bien objecté que nos expériences n'avaient pas été faites dans les conditions voulues, que les sources du lait et le milieu étaient différents. Ces arguments sont sans valeur. Du reste, Finkelstein lui-même a ajouté au lait qu'il avait primitivement préconisé du babeurre, de la maltose, c'est-à-dire les éléments qu'il avait attaqués. Il est donc permis de conclure que les derniers travaux de Finkelstein lui-même sont la critique des premiers.

C'est dans ces conditions, que, cette année, nous avons vu apparaître d'importants travaux de l'Institut Pasteur qui sont un nouveau plaidoyer en faveur de la genèse microbienne.

Metchnikoff a démontré qu'on pouvait donner la gastro-entérite à des singes avec des selles provenant d'enfants atteints de gastro-entérite. Au bout de 3 ou 4 jours, les singes soumis à l'expérience, ont présenté des gastro-entérites analogues à celles des enfants.

L'expérience faite sur les singes a été reproduite également sur des lapins à la mamelle par le même procédé, et a donné des résultats identiques.

De plus, Metchnikoff a étudié la flore intestinale. Ce sont là des études extraordinairement difficiles, très délicates et qui, en raison des multiples difficultés, laissent fatalement planer des incertitudes. Cependant, en étudiant de plus près, pendant quatre ans, la flore intestinale, Metchnikoff est arrivé à incriminer le rôle du *proteus*. Déjà Metchnikoff avait entrevu le rôle joué par le Proteus, mais il ne l'avait pas encore étudié sur des milieux de culture aussi favorables.

Bernard, de l'Institut Pasteur, envoyé à Londres en 1913, lors d'une épidémie de gastro-entérite, a retrouvé dans les selles partout du proteus 55 fois sur 55 cas. Mais pour que le proteus soit virulent, il semble qu'il faille des micro-organismes favorisants (Bacterium aerogenes).

Le proteus figure également dans le choléra nostras des adultes, et c'est pour cela qu'il est surtout incriminé. En Amérique, on incrimine surtout le bacille de Flexner.

Donc, aujourd'hui, avec des arguments nouveaux, on peut croire à l'origine microbienne d'un grand nombre de gastro-entérites. Que les enfants nourris au sein soient infectés eux-mêmes comme les enfants nourris au biberon, à cela rien d'étonnant. L'infection peut, en effet, venir d'ailleurs que du lait. Les enfants peuvent être infectés de bien des manières ; en particulier, par les doigts de ceux qui les soignent. Il faut incriminer également les mouches. En un mot, les moyens de transport du proteus sont très variés, très nombreux.

Voici rapidement, où en est la question de la pathogénie des gastro-entérites. Après ce que nous venons de dire, vous voyez que parmi les gastro-entérites, certaines sont *toxiques*, et d'autres *infectieuses*. Mais il doit y avoir plusieurs agents pathogènes de l'infection. Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de certain, c'est que l'infection, à un moment donné, joue un très grand rôle.

Etant donnée la pathogénie, quel traitement devons-nous appliquer ?

Tout d'abord, il faut prendre des *mesures prophylactiques*, faire une sérieuse antisepsie médicale. Nous résumerons ces indications en quelques mots : pureté du lait, propreté des enfants, propreté des mains des personnes qui soignent les enfants, isolement des premiers cas.

La maladie une fois constituée, de quelle façon la combattre ? Les indications fondamentales du traitement sont :

1° Débarrasser le tube digestif des toxines ou des agents infectieux cause de la maladie.

2° S'opposer à la pullulation microbienne et à la reproduction des substances toxiques.

3° Favoriser l'issue, par les émonctoires, des substances toxi-infectieuses déjà résorbées.

4° Soutenir les forces du malade.

5° Revenir progressivement à l'alimentation.

I. Débarrasser le tube digestif des toxines ou des agents infectieux, cause de la maladie.

Pour expulser du tube digestif les produits toxi-infectieux, nous avons à notre disposition les lavages de l'estomac et de l'intestin, les purgatifs.

a) Lavages de l'estomac et de l'intestin :

α) Lavages de l'estomac. — Il y a intérêt à faire des lavages de l'estomac surtout au début, lorsqu'il y a des vomissements. Ces lavages se font, à l'aide d'une petite sonde uréthrale, avec de l'eau bouillie simple, ou bien avec de l'eau bouillie dans laquelle on ajoute un peu de bicarbonate de soude. Ils peuvent être répétés 2 ou 3 fois à plusieurs heures d'intervalle.

Ces lavages sont formellement contre-indiqués dans les formes avec algidité et toutes les fois que l'enfant est déprimé, que le cœur faiblit.

A part ces contre-indications, les lavages de l'estomac rendent de très grands services, en particulier dans les formes prolongées où souvent la répétition des vomissements constitue un véritable obstacle à l'alimentation. Dans ce cas, après un lavage, les aliments ingérés sont d'ordinaire parfaitement tolérés.

β) Lavages de l'intestin (entéroclyse).

Le lavage de l'intestin est d'un usage encore plus courant. Il est utile à peu près dans toutes les formes de gastro-entérites. Non seulement, en effet, il débarrasse l'intestin des produits toxi-infectieux qu'il contient, mais encore il exerce une action favorable sur la muqueuse et lutte contre la déshydratation qui est parfois si intense.

Ces lavages se font également avec de l'eau bouillie, ou bien avec des infusions de guimauve, de camomille, ou avec du sérum physiologique, deux fois par jour, matin et soir : Lavages *chauds* dans les formes hypothermiques, lavages *froids* dans les formes hyperthermiques.

Pour faire ce lavage, on utilise, comme pour le lavage gastrique, une sonde uréthrale molle de Nélaton (n[os] 20 à 25 de la filière Charrière). On adapte sur cette sonde un petit entonnoir, ou bien on relie la sonde avec le tube d'un bock à injection.

L'enfant étant couché sur le côté droit, les cuisses fléchies sur l'abdomen, on fait pénétrer la sonde dans le rectum de 10 à 15 centimètres. La pression du liquide doit être assez faible, il y aurait danger à forcer la valvule iléo-cæcale. Suivant l'âge de l'enfant, on fera passer dans l'intestin 1/2 litre, 1 litre, 1 litre 1/2 de liquide, en mobilisant de temps en temps la sonde pour favoriser l'issue des matières fécales avec le liquide.

b) Purgatifs :

A côté des lavages, nous devons ranger les purgatifs qui sont également d'une utilité incontestable et rendent les plus grands services dans les formes pyrétiques et dysentériques.

1° *Dans les formes pyrétiques*, il faut employer le *calomel* qui est vraiment le purgatif par excellence. On peut l'employer de deux façons :

α) A dose massive :

3 centigrammes dans les premiers mois.

5 centigrammes après un an.

A prendre dans une cuillerée à café d'eau bouillie, soit seul, soit mélangé avec un peu de sucre en poudre ou de lactose.

β) A doses filées :

1 centigramme toutes les heures.

1/2 centigramme toutes les demi-heures, jusqu'à concurrence de 4 ou 5 centigrammes au maximum.

La première méthode convient lorsqu'il y a du tympanisme, des selles fétides ; la seconde lorsque la diarrhée est abondante et le ventre mou.

2° *Dans les formes dysentériques* avec douleur, deux purgatifs sont à préconiser : l'*huile de ricin* et le *sulfate de soude*.

α) Nous donnons l'huile de ricin de préférence sous forme de *potion huileuse* dont la formule est la suivante :

Huile de ricin	10 gr.
Huile d'amandes douces	40 gr.
Sirop de groseilles	40 gr.
Eau de laurier-cerise	2 gr.

une cuillerée à dessert toutes les heures pendant quatre heures consécutives, et recommencer le surlendemain.

Avec cette médication, au bout d'un ou deux jours, il est rare qu'on n'ait pas une amélioration manifeste.

β) Dans ces formes dysentériques, on a vanté également les bons effets du *sulfate de soude*.

On ne doit l'utiliser que chez les enfants âgés de plus de quinze mois. On l'administre à la dose

de 8 à 10 gr. dans une infusion chaude, au début ; puis ensuite 1 à 2 grammes tous les matins, pendant quelques jours.

3° *Dans les formes cholériques,* il ne faut jamais donner de purgatifs.

Voici, les deux grands moyens à utiliser pour débarrasser le tube digestif des produits toxi-infectieux qu'il peut contenir.

II. S'opposer a la pullulation microbienne et a la reproduction des substances toxiques

Il ne suffit pas de chasser de l'intestin les substances toxiques qu'il contient, il faut de plus éviter que ces substances se reforment dans l'organisme. D'où la nécessité de supprimer l'alimentation, car continuer l'alimentation, ce serait favoriser la toxicité. Donc, diète. Tel est le terme rigoureux qui s'impose. Mais si les aliments sont funestes, les liquides sont indispensables. Il faut faire boire les petits malades. Donc, diète hydrique, et de plus, à titre d'adjuvant, antisepsie intestinale.

1° *Diète hydrique*

Nous faisons la diète hydrique avec de l'eau *bouillie sans sucre* ou des *tisanes.* Le sucre est en effet, quelquefois mal toléré et il donne de la diarrhée. Dans les cas où l'enfant est déprimé, nous donnons aussi, souvent, du *thé léger* pour remonter les forces et relever le pouls. Lorsqu'il y a de l'agitation, le thé est absolument contre-indiqué. Dans les formes algides, il sera bon d'administrer le thé chaud, et on pourra y ajouter quelques gouttes de rhum ou d'eau-de-vie. On pourra user également des eaux alcalines naturelles (Vals, Vichy, etc.) très utiles dans les cas où les selles sont très acides et les vomissements tenaces, tout en sachant qu'elles ne désaltèrent pas aussi bien que l'eau simple.

Quelle quantité d'eau doit prendre l'enfant ?

— Cette quantité doit être au moins égale à la ration quotidienne de lait, 1 litre environ.

Comment devons-nous l'administrer ?

— Par petites quantités et fréquemment ; s'il y a des vomissements, il faut donner tous les 1/4 d'heures deux cuillerées à soupe d'eau bouillie.

Combien de temps ?

— Le premier jour, *rien que de l'eau.* Mais, aussi utile que soit la diète hydrique, elle ne doit pas être prolongée, sous peine de voir s'épuiser toutes les forces de résistance. Il ne faut pas dépasser 48 heures.

2° *Antisepsie intestinale.*

Pour faire de l'antisepsie intestinale directe, nous n'avons pas d'agents, ou du moins pas d'agents parfaits, sauf l'*acide lactique,* utile surtout lorsque les selles sont abondantes.

Nous prescrivons l'acide lactique, selon la formule de Hayem.

Acide lactique	1 gr.
Sirop simple	10 gr.
Eau bouillie	50 gr.

une cuillerée à café toutes les demi-heures pendant 3 heures, ensuite toutes les deux heures. Après trois mois, une cuillerée à dessert.

Si on a des formes prolongées, on donne les *ferments lactiques* qui existent dans le commerce en bouillon, en poudre, en comprimés (lactéol, biolactyl, etc.).

On peut donner aussi la *levure de bière fraîche* ; deux cuillerées à café par jour, dans un peu d'eau sucrée ou de sirop.

Parmi tous les autres antiseptiques préconisés, citons encore :

Le benzonaphtol : 0,10 centigr. 2 ou 3 fois par jour ;

Le tannigène : par paquets de 0,20 centigr.

La tannalbine : par paquets de 0,10 centigr. (2 ou 3 fois par jour).

Le salicylate de bismuth, le s.-n. de bismuth : 0,50 centigr. à 2 gr. dans de l'eau ou en potion ; indiqués surtout dans les formes trainantes.

III. Favoriser l'issue par les émonctoires des substances toxi-infectieuses déja résorbées.

Pour atteindre ce but, plusieurs moyens sont à notre disposition :

1° *Les bains*

Les bains rendent de très grands services. Non seulement, ils activent les fonctions de la peau, font uriner, relèvent la tension, mais en outre ils agissent et sur l'hyperthermie et sur l'hypothermie.

a) *Tièdes* à 32° abaissés progressivement à 30°, à 28°, ils abaissent la température, calment l'agitation. On peut les renouveler, selon les besoins, toutes les 3 heures.

b) *Chauds* à 38° et à 39° même, ils luttent contre le refroidissemen

1° *Chauds, sinapisés,* utiles aussi pour combattre l'algidité. Ces bains doivent être particulièrement surveillés. On les fera avec 50 gr. de farine de moutarde enfermée dans un sachet.

2° *Injections et lavements de sérum artificiel* :

a) *Injections sous-cutanées de sérum* :

Ces injections sont toujours indiquées lorsqu'il y a d'abondantes déperditions liquides ; elles remédient à la déshydratation des tissus. D'où le rôle important qu'elles jouent dans le traitement du choléra infantile.

On utilise pour ces injections le sérum dit physiologiqu

Chlorure de sodium	7 gr. 50
Eau	1000 gr.

ou bien l'eau de mer isotonique.

L'injection sera de



10 cc. avant un an.
20 cc. après un an.

à renouveler deux ou trois fois par jour. A noter que lorsqu'on fait ces injections, il faudra surveiller la rétention chlorurée. On voit souvent, en effet, une augmentation de poids due à l'œdème.

b) *Lavements de sérum.* — Ils ont les mêmes indications que les injections, mais leur activité est moindre. Pour les mêmes raisons que les lavages dont nous avons parlé, on pourra utiliser les lavements chauds ou froids.

Tels sont les vrais moyens de favoriser la diurèse qui doit débarrasser l'organisme des produits toxi-infectieux

IV. Soutenir les forces du malade.

Pour réaliser cette indication, il est nécessaire de toujours surveiller attentivement l'état de la circulation. Si le cœur faiblit, s'il y a hypotension, on doit avoir recours aux *injections stimulantes.*

On peut utiliser l'éther, la caféine, l'huile camphrée. Quant à nous, nous accordons la préférence aux *injections d'huile camphrée* qui donnent d'excellents résultats, et n'ont pas l'inconvénient d'être excitantes, comme celles de caféine, ou douloureuses, comme celles d'éther.

Puisque nous parlions, tout à l'heure, de l'importance de la diurèse, notons que ces injections stimulantes, en relevant la tension, favorisent aussi la diurèse.

V. Revenir progressivement a l'alimentation.

Deux ou trois jours passent...... alors, se pose une question capitale : c'est la reprise de l'alimentation. Je dis : capitale, parce que c'est toujours de ce côté que viennent les échecs.

Donc, comment allons-nous alimenter les enfants ?

— Si on peut donner le lait de femme ou d'ânesse, ce sera le mieux. Mais on ne peut pas toujours, et il faut reprendre le lait stérilisé. Bien souvent, à ce moment, on voit reparaître avec inquiétude les accidents du début.

C'est pourquoi on a cherché de nombreuses manières de tourner la difficulté. On a utilisé des laits modifiés :

Le lait homogénéisé : lait dont les particules graisseuses sont rendues mécaniquement plus fines et dont la digestion est plus facile.

Le lait digéré de Backhaus : lait dont la caséine a été transformée en propeptone soluble par l'action de la trypsine pancréatique et de la présure.

Le lait caillé. C'est lui qui semble avoir onné es meilleurs résultats. Il agit par l'acide actique

On a essayé le *Képhir*, lait fermenté par un ferment spécial originaire du Caucase, le *Koumys*, lait fermenté de jument, etc.

Enfin, on a aussi beaucoup vanté le *babeurre.* Qu'est-ce que le babeurre ? C'est le liquide qui reste du lait, lorsqu'on l'a battu pour en extraire le beurre. Donc pas de beurre ; mais il contient de l'acide lactique, puisqu'avant d'extraire le beurre, on laisse fermenter.

Ce babeurre est malheureusement difficile à se procurer, aussi, après quelques essais, avons-nous dû y renoncer dans cet hôpital. Sans doute, il existe du babeurre préparé industriellement, mais on y ajoute des farines et du sucre. C'est donc un babeurre modifié.

Mais toutes ces substances peuvent elles-mêmes échouer, n'être pas tolérées. Qu'allons-nous donner à l'enfant ? Il faut s'adresser aux féculents. Sous quelle forme ?

— Vous emploierez *l'eau de riz*, *l'eau panée*, la *décoction d'orge*, le *bouillon de céréales de Comby* dont voici la formule :

Blé	} āā 30 gr.
Orge	
Maïs	
Pois cassés	
Haricots	
Sel	10 gr.

Dans 3 litres d'eau et réduire à 1 litre par l'ébullition.

Le *bouillon de légumes de Méry* :

Pommes de terre	65 gr.
Carottes	45 gr.
Navets	15 gr.
Haricots secs	} āā 5 gr.
Pois secs	

Faire bouillir pendant 4 heures dans 1 litre d'eau, filtrer et compléter le litre avec de l'eau bouillie salée.

Tous ces bouillons employés tels quels sont peu nourrissants. Pour les rendre plus nutritifs, on doit bientôt leur incorporer des farines. On commence par une petite quantité, 5 grammes dans une petite tasse, et peu à peu on augmente cette quantité en faisant des bouillies plus épaisses. C'est dans ce même sens qu'on a fait des soupes maltées tout préparées.

Je vous recommande aussi les *touraillons d'orge*, à raison de 25 gr. de touraillons pour 1 litre d'eau.

Vous pourrez vous trouver bien encore, chez les enfants de 12 à 15 mois, d'utiliser la viande crue et râpée, mélangée à de la confiture ou à du bouillon, selon la *méthode de Trousseau.*

Au bout de quelques jours de ce régime, 7 ou 8 jours environ, il faudra essayer de revenir au lait progressivement, lentement.

Voilà comment vous pourrez reprendre l'alimentation. Vous voyez que le problème est souvent difficile à résoudre ; car il faut redouter de voir la gastro-entérite passer à l'état chronique

et les tissus perdre la capacité d'absorber les substances alimentaires.

Chez les tout petits, on arrive rapidement alors à l'athrepsie ; les petits malades font de l'autophagie qui les conduit à l'azotémie, cause de troubles nerveux spéciaux bien étudiés en ces dernières années.

Chez les enfants plus âgés, les formes persistantes de gastro-entérites conduisent au rachitisme, à la maladie du gros ventre.

Ces derniers doivent se traiter par l'aération, par les bains salés. Quant aux formes d'azotémie dont je vous parlais, nous sommes désarmés. On a bien essayé l'opothérapie thymique et thyroïdienne, mais avec des résultats peu favorables. Nous n'avons pas de thérapeutique comme pour le rachitisme.

Telles sont, les grandes lignes du traitement de la gastro-entérite chez les nourrissons. Je n'ai point la prétention de vous avoir tout dit. Je devrais vous parler encore du traitement des diverses complications : coliques, accidents méningés, accidents pulmonaires, pyodermies, érythèmes, ulcérations talonnières, etc... Mais le temps ne me permet pas de m'étendre davantage.

Puisse la rapide esquisse du traitement des gastro-entérites que je viens de vous faire vous aider à sauver beaucoup des petits enfants qui seront confiés à vos soins !

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Hémiplégie dans la diphtérie. — L'azotémie des addisoniens. — La tuberculose pulmonaire traumatique. — Chancre syphilitique de la lèvre avec réaction d'Herxheimer à type d'adéno-phlegmon. — Pneumothorax ambulatoire. — Diagnostic des méningites à méningocoque et à para-méningocoque.

MM. Hallé, Bloch et Foix rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas d'*hémiplégie dans la diphtérie.*

L'hémiplégie a été rarement rencontrée au cours de la diphtérie, du moins en France. MM. Hallé, Bloch et Foix en ont observé un cas, avec aphasie, survenu au onzième jour d'une angine diphtérique maligne. La malade, une fillette de 3 ans 1/2, succomba un mois plus tard, de paralysie diphtérique grave, et, à l'autopsie, on trouva un ramollissement limité au noyau lenticulaire gauche.

— MM. Sicard et Haguenau font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*azotémie des addisoniens.*

MM. Sicard et Haguenau ont eu l'occasion de doser l'urée du sang dans trois cas de maladie d'Addison. L'un de ces cas, se rapportant à un syndrome addisonien léger, comportait un taux normal de l'urée du sang. Dans les deux autres, au contraire, la maladie eut une allure rapide, en même temps que l'on constatait une élévation notable de l'urée sanguine (1 gr. 20 à 2 gr.). Malgré l'azotémie, on notait une hypotension artérielle permanente (entre 8 et 9 à l'oscillomètre Pachon).

M. Sicard pense que si des faits de ce genre se multipliaient, on pourrait peut-être baser sur cette recherche un pronostic de la maladie d'Addison.

M. Josué estime qu'on aurait tort, comme on a souvent tendance à le faire, d'établir un parallélisme entre la pression artérielle et le taux d'urée contenu dans le sang. Il n'est pas rare, en effet, de constater des pressions artérielles élevées chez des malades qui ont une quantité d'urée sanguine peu considérable.

Inversement, on observe parfois des pressions voisines de la normale ou inférieures à celle-ci alors qu'il y a de l'azotémie.

— M. J. Simonin présente à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur la *tuberculose pleuro-pulmonaire d'origine traumatique.*

De 1909 à 1913, sur un total de 659 tuberculeux traités dans son service du Val-de-Grâce, M. Simonin a trouvé dix cas de tuberculose pleuro-pulmonaire développée à la suite d'un traumatisme, chez des sujets jusque-là indemnes en apparence de lésions bacillaires du poumon. Dans quatre cas, mieux étudiés puisqu'il s'agissait de traumatismes subis au service militaire, la lésion pulmonaire s'est manifestée dans la région du thorax qui avait été le siège du trauma. L'hémoptysie a été signalée trois fois su quatre.

En réalité, le traumatisme ne fait que réaliser l'éclosion d'une tuberculose en état de latence, soit par réveil d'un foyer local préexistant, soit par fixation au point contus de bacilles circulant dans le sang ou apportés. Le préjudice causé par le traumatisme n'en est pas moins réel puisque, sans lui, l'intéressé aurait pu conserver intacte sa capacité de travail. L'indemnisation due, au point de vue militaire, dit M. Simonin, est donc indiscutable.

A côté du traumatisme chirurgical considéré comme agent provocateur ou révélateur de tuberculose latente, on a soulevé la question du rôle étiologique qui revient au traumatisme médical. En médecine d'armée, ce traumatisme médical n'est pas rare : tels les marches prolongées sous la pluie, le stationnement par un froid glacial, le passage à gué d'une rivière, etc. En cette matière (tuberculose pulmonaire déterminée dans des faits de service), la législation militaire se montre libérale et accorde des pensions et des réformes avec gratification renouvelable.

MM. Georges Brouardel et Giroux ont observé un cas très net de tuberculose pulmonaire traumatique. Le malade, jusque-là bien portant et vigoureux, fit au mois d'avril 1912 une chute sur une boîte à

ordures dont l'angle le contusionna violemment à la partie antérieure de l'hémithorax droit.

Dix jours après l'accident, le blessé eut une hémoptysie et il commença à maigrir et à tousser. En novembre 1913, on constatait un foyer bacillaire à l'endroit même de la contusion antérieure.

L'histoire de la tuberculose traumatique, peu éclairée par la clinique (les observations publiées sont assez rares), a fait l'objet de diverses informations expérimentales. M. Georges Brouardel rappelle les expériences de Max Schuller, de Lannelongue et Achard sur la tuberculose ostéo-articulaire post-traumatique et signale des travaux personnels encore incomplets sur la tuberculose pulmonaire traumatique.

M. G. Brouardel conclut que le traumatisme semble agir le plus souvent en provoquant le développement d'une tuberculose locale latente antérieurement ou en localisant des bacilles circulant dans le sang.

La tuberculose traumatique se développe quelques jours, quelques semaines, ou plus tard, après l'accident. En médecine légale, dans l'application des lois sociales, l'accident peut être tenu pour responsable de la tuberculose pulmonaire consécutive.

M. Achard montre que le traumatisme, pour ce qui concerne la tuberculose, peut intervenir dans trois conditions :

On peut voir la localisation immédiate du bacille de Koch circulant dans le sang et sa fixation sur le foyer traumatique ; c'est ce qui paraît exceptionnel.

On peut voir la localisation secondaire du bacille dans une lésion traumatique restée plus ou moins longtemps indemne de contamination microbienne ; c'est ce qui ne paraît pas encore très commun.

Enfin, on peut observer l'aggravation traumatique d'un foyer tuberculeux préexistant : c'est ce qui paraît, par contre, assez fréquent.

— MM. Queyrat et Mercier des Rochettes présentent à la *Société médicale des hôpitaux* une malade atteinte de *chancre syphilitique de la lèvre avec réaction d'Herxheimer à type d'adéno-phlegmon.*

L'adénopathie, dans le chancre syphilitique de la lèvre ou de la langue, et d'une manière générale, de la cavité buccale, est généralement assez considérable et plus développée que ne l'est ordinairement l'adénopathie inguinale. Au lieu de ganglions indolents et de petit volume, on trouve assez souvent des ganglions sensibles et volumineux — particularité qui tient à la flore microbienne mise au contact du chancre. Cette réaction peut même aller jusqu'à la suppuration.

Le cas actuel de M. Queyrat, concernant une adénopathie à type phlegmoneux dans un chancre de la lèvre, reconnaît une pathogénie différente. La tuméfaction cervicale se développa après une injection intra-veineuse de salvarsan et semble devoir être rattachée à une réaction d'Herxheimer. Les mêmes phénomènes réactionnels furent, effectivement, notés au niveau du chancre et de la roséole.

— MM. Castaigne et Paillard relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *pneumothorax ambulatoire au cours d'une tuberculose latente.*

Le malade fut atteint d'un pneumothorax total du côté droit avec une gêne respiratoire légère, sans la dyspnée violente et les symptômes dramatiques rencontrés ordinairement dans le pneumothorax total. La tolérance remarquable constatée ici justifie le qualificatif de pneumothorax ambulatoire.

M. Galliard distingue ce cas de ceux qu'il a signalés sous la dénomination de pneumothorax bénins, curables en un mois, et qui appartiennent aux sujets non tuberculeux.

M. Siredey croit que les cas de ce genre ne sont pas absolument rares. On peut quelquefois les méconnaître. M. Siredey se rappelle avoir vu, à la Charité, un de ces malades à l'aspect floride, présentant des signes de tuberculose peu accentuée et qui était porteur d'un pneumothorax que rien ne pouvait faire soupçonner. On le donnait souvent à examiner aux candidats au 5e examen de doctorat et, fréquemment, le pneumothorax passait inaperçu. Le malade aidait quelquefois volontairement le candidat en secouant son thorax au moment de l'auscultation. Il fallait, pour obtenir cette aide, que le candidat lui soit sympathique !

— M. Netter présente à la *Société médicale des hôpitaux* un rapport sur un travail de M. Riser (de Toulouse) intitulé : *A propos d'un cas de méningite cérébro-spinale suraiguë à paraméningocoque.*

L'auteur, après avoir rappelé l'intérêt thérapeutique qu'offre le diagnostic précoce de la nature microbienne (méningocoque, paraméningocoque) d'une méningite cérébro-spinale, propose la méthode suivante pour faciliter et hâter le diagnostic différentiel : un premier tube, renfermant des milieux favorables, est ensemencé avec le liquide céphalo-rachidien provenant de la ponction ; un autre, avec le même liquide additionné de sérum anti-méningococcique ; un autre avec le même liquide additionné de sérum antiparaméningococcique. S'il s'agit de méningocoques, on trouve, 12 à 15 heures après, les microbes agglutinés dans le tube ensemencé avec le mélange de sérum antiméningococcique ; s'il s'agit de paraméningocoques, ceux-ci sont agglutinés dans le tube où a été ajouté le sérum antiparaméningococcique. Il n'y a pas de microcoques agglutinés dans les autres tubes.

Ce procédé de diagnostic différentiel permettra peut-être de reconnaître de bonne heure à quel microbe on a affaire et d'injecter plus vite le sérum convenable. En attendant, l'auteur pense qu'il convient d'injecter d'emblée un mélange de sérum antiméningococcique et de sérum antiparaméningococcique. C'est la ligne de conduite employée, d'ailleurs, depuis assez longtemps, par M. Netter.

P. L.



MALADIES DES VOIES URINAIRES

De quelques acquisitions de l'année dans la thérapeutique des néphrites.

La thérapeutique des néphrites a fait cette année l'objet de nombreux travaux.

Le docteur Ercolani Pietro, dans un travail très documenté, a étudié l'action de l'*adrénaline* dans les néphrites et ses conclusions sont que ce médicament constitue un admirable remède. « Je suis persuadé, dit l'auteur, que l'adrénaline est un remède spécifique de la néphrite vraie d'origine quelconque, car elle va atteindre la cause certaine de l'altération rénale, celle de la toxicité du sang et des urines. Cette toxicité du sang et des urines altère profondément l'épithélium rénal et permet le passage de l'albumine et du sang avec les urines. C'est cette toxicité qu'il faut combattre par l'action désintoxicante de l'adrénaline qui, par son admirable puissance vaso-constrictive, va modifier aussi les épithéliums rénaux altérés par les toxines humorales. » Nous-même qui avons employé plusieurs fois ce médicament, nous n'avons eu qu'à nous en louer. Les doses que nous avons employées oscillaient entre vingt et quarante gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000e (dose *pro die*), et ce traitement a été suivi pendant plusieurs jours, en surveillant l'action sur la tension maxima qui ne doit pas s'élever.

Dans une communication sur la signification de l'acidité urinaire dans les néphrites, M. VALTER W. PALMER, de Boston, conclut, que l'acidose est rare dans les néphrites et que souvent, il est nécessaire dans le traitement, d'user d'alcalins pour ramener l'acidité urique au taux de l'acidité sanguine, sans toutefois aller au-dessous, car il pourrait en résulter une albuminurie très marquée.

Pour MM. Ch. WALKER et R.-P. DAWSON, les diurétiques sont contre-indiqués dans la néphrite aiguë grave

Le traitement des néphrites hématuriques a été exposé par M. CASTAIGNE dans la collection des Consultations médicales françaises. Nous reproduisons les conclusions de l'auteur :

« En somme, dit M. Castaigne, il faut se souvenir que les malades atteints de néphrites chroniques hématuriques, sont le plus habituellement des hypertendus qui saignent au niveau de leurs reins, comme ils pourraient le faire dans tous autres organes ; d'où découle la double nécessité, d'une part, de n'entreprendre des interventions chirurgicales que s'il est avéré que la thérapeutique médicale est restée impuissante, d'autre part de traiter beaucoup plus la néphrite hypertensive que l'hématurie elle-même, qui, bien que pouvant être le symptôme le plus frappant, n'est en réalité que la conséquence d'un état morbide de l'organisme, contre lequel il faut diriger ses efforts thérapeutiques, si l'on veut voir s'arrêter l'écoulement du sang et s'améliorer le malade. »

La sérothérapie des néphrites que M. le Professeur TEISSIER, et Lucien THÉVENOT, de Lyon, avaient déjà étudiée, nous a valu cette année une mise au point de la question, dans la collection des Consultations médicales françaises. Reprenant toutes leurs observations, MM. Teissier et Thévenot formulent ainsi les indications de la sérothérapie :

« 1° Urémie par suppression brusque des fonctions rénales jusqu'alors normales (scarlatine, pneumonie), ou par poussée congestive violente, au cours d'une néphrite chronique ou par oblitération d'un uretère (anurie calculeuse) ;

2° Accidents toxiques plus ou moins accentués au cours d'une néphrite chronique, sous l'influence d'écarts de régime, d'une poussée brusque d'hypertension ou de congestion rénale (céphalée, névralgies, dyspnée, etc.) ;

3° Néphrite aiguë *a frigore* et néphrites aiguës infectieuses sans phénomènes urémiques vrais, mais avec céphalée, dyspnée, oligurie (dans certains cas de fièvre typhoïde, d'érysipèle, de grippe, d'angines, etc.) ;

4° Rein cardiaque ;

5° Albuminurie de la grossesse et éclampsie.

La seule contre-indication à l'emploi du sérum de veine rénale est l'apparition d'accidents sériques à répétition.

Dans les cas graves, on injecte sous la peau 20 cc. de sérum tous les deux jours, pendant six jours, puis 10 cc. en espaçant peu à peu les doses tant que durent les accidents . Dans les cas chroniques, on injecte 10 cc. tous les six à huit jours pendant un mois et demi à deux mois.

Afin de prévenir les accidents sériques, il est bon d'employer un sérum vieux de 2, 4 ou 6 mois, chauffé à 56° pendant une demi-heure, deux jours successifs ; en même temps, on prescrit au malade une dose quotidienne de 2 grammes de chlorure de calcium ou 1 gramme de lactate de calcium. On peut également employer la méthode de Besredka (administration en lavement, avant l'injection sous-cutanée, de 5 cc. de sérum de chèvre tous les jours pendant un à quatre jours).

Parmi les auteurs qui ont travaillé la question des indications opératoires dans les néphrites, nous citerons M. le Professeur POUSSON, de Bordeaux, et M. MURARD, de Lyon.

Voici les conclusions de M. le Prof. Pousson :

La thérapeutique des néphrites chroniques tend de plus en plus à devenir chirurgicale, étant donnée souvent l'impuissance des moyens médicaux. On peut faire la décapsulation ou la néphrotomie ; la décapsulation s'adresse aux

cas légers ; la néphrotomie, par l'abondante hémorragie qui l'accompagne, agit très efficacement dans les cas graves : elle diminue l'hypertension et désintoxique le sang.

Pour M. Murard, les néphrites hématuriques relèvent de la néphrotomie ; les néphrites douloureuses avec périnéphrite sont justiciables de la néphrolyse ou de la décapsulation. Au mal de Bright, on oppose la décapsulation par analogie à l'emploi de l'opération de Talma dans les cirrhoses du foie ; le traitement chirurgical a peu d'influence sur les crises aiguës avec oligurie ou urémie.

La diététique des néphrites a été reprise par M. P. Merklen. Dans deux intéressantes communications : « La pratique actuelle du régime lacté chez les néphrétiques » et « Viande et albuminurie », M. P. Merklen a formulé des idées que tout praticien maintenant doit connaître.

Les médecins ne doivent pas redouter l'ingestion prudente et réglée de la viande chez les néphrétiques. Il est certain que dans les néphrites aiguës, dans les poussées aiguës des néphrites subaiguës ou chroniques, dans les néphrites chroniques azotémiques, l'usage de la viande doit être proscrit ; mais dans les formes chlorurémiques, albuminuriques simples, hypertensives simples et associées à l'albuminurie, la viande, au contraire, peut être permise.

Dans les albuminuries fonctionnelles, l'usage de la viande est même très utile. L'augmentation de l'albuminurie après ingestion de viande conduirait seule à la suppression de cette dernière.

Quant à la pratique du lait dans les néphrites, M. Merklen propose la suppression de cet aliment dans les néphrites chlorurémiques pures des tuberculeux ; dans les néphrites azotémiques, il engage à réduire le plus possible la quantité de lait, ainsi que dans les néphrites albumineuses simples, en dehors des phases aiguës. En terminant, citons le travail de M. Kakowski recommandant l'usage des tomates dans les néphrites chroniques.

Dr G. Siguret,
(Saint-Nectaire).

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Quelques principes de diététique.

Les principes de diététique prennent de jour en jour plus d'importance. On peut même dire que, pour nombre de maladies et non des moindres, la tuberculose et les maladies de peau, par exemple, ils sont une des bases du traitement. Dans certains cas même, un régime sévère est le seul traitement efficace. La vogue dont, actuellement, jouissent les régimes est du reste entièrement justifiée par les résultats, et c'est une chose que le praticien ne doit jamais perdre de vue. Toutefois, il arrive souvent que l'on tombe dans l'exagération et que l'on jette sur certains aliments un anathème injustifié ; on les accuse de forfaits dont ils ne sont pas toujours entièrement responsables. C'est ainsi que nombre de cliniciens chargent de toutes sortes de méfaits les poissons de mer, les crustacés, les mollusques. Sans parler de la typhoïde, les produits marins seraient la cause de nombre d'infections gastro-intestinales et de diverses dermatoses : eczémas, psoriasis, zona, etc., etc. Aussi se hâte-t-on de les proscrire en clientèle, parfois d'une façon absolue, non seulement quand on a de bonnes raisons pour craindre ces accidents, mais toujours pour mieux les prévenir.

C'est là une grave erreur qui fait que l'on se prive d'aliments très riches en phosphore et en iode, d'un coefficient nutritif élevé, qui permettent en outre de varier un menu, sont bien acceptés dans l'anorexie et sont, certains du moins, d'une digestion très facile.

Sans doute bien des accidents gastro-intestinaux et cutanés sont imputables à l'ingestion de poissons crustacés ou mollusques. Mais ce n'est pas le poisson en lui-même qu'il faut accuser : c'est son manque de fraîcheur. Ces accidents, sauf des cas exceptionnels, comme chez des eczémateux invétérés, vous ne les aurez jamais avec des crustacés et des mollusques encore vivants, avec des poissons exempts d'un début de décomposition. Mais si ces divers animaux sont arrivés plus ou moins frais ; si les mollusques et les crustacés sont morts ; si les poissons, après avoir subi un début de décomposition, sont, comme disent les marchands, revenus dans la glace, on aura des aliments dangereux, car ils seront chargés de toxines et de ptomaïnes.

C'est cette rapidité avec laquelle le poisson et surtout les crustacés et les mollusques dégagent des toxines aussitôt après leur mort, qui les rend redoutables.

Il faut donc, chaque fois que l'on a affaire à un sujet chez qui l'on redoute des complications gastro-intestinales ou cutanées, ne permettre ces aliments que sous la réserve de leur fraîcheur. Mais si l'on a affaire à des sujets qui ont la possibilité pour une raison ou une autre de se procurer des poissons, des mollusques et des crustacés d'une fraîcheur extra, on les permettra largement, sans crainte d'accidents gastro-intestinaux ou cutanés. Ce sont des aliments de premier ordre comme coefficient nutritif, souvent très utiles dans l'anorexie. permettant de varier les menus et de faire assimiler de l'iode et du phosphore

sous la forme organique. Il serait juste de leur rendre dans la diététique la place à laquelle ils ont droit.

Dr Charles LECLÈRE,
(du Mont-Dore).

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Quelques critiques sur les moyens de recalcification.

Avant d'avoir sur une méthode thérapeutique une opinion définitive, il faut être assuré qu'on l'a appliquée *avec toute sa chance*. Or, il arrive bien souvent que l'expérience est faite *à côté*, en marge de la méthode même.

En matière de recalcification, il faut savoir d'abord que tous les sels de chaux ne sont pas des récalcifiants et, si paradoxal que cela puisse paraître, que beaucoup de sels de chaux sont, au contraire, d'énergiques décalcifiants. Il en est ainsi de tous les sels de chaux acides : phosphates monobasiques, chlorhydrophosphates, etc.

D'autres sels de chaux, sans être nuisibles, sont simplement inutiles.

Enfin, parmi les sels de chaux utiles à la recalcification de l'organisme, la plupart exigent que les conditions dans lesquelles ils sont ingérés ne s'opposent pas à leur assimilation.

Lorsque Ferrier fit connaître les premiers résultats de son traitement de la tuberculose par récalcification, il publia une formule de cachets, simple mélange de phosphate tricalcique et de carbonate de chaux avec lesquels ses malades avaient été traités.

Cette formule reprise et publiée par toute la presse médicale et par tous les formulaires, est encore prescrite par nombre de praticiens. Elle n'était cependant qu'une indication vers une formule meilleure et une orientation vers des sels de chaux d'action plus rapide et d'activité plus grande. Pour arriver à ces sels il fallait suivre dans leur migration les sels de chaux insolubles et déterminer le stade où ils deviennent assimilables. La première pensée qui vient à l'esprit est qu'ils sont attaqués par l'acide chlorhydrique de l'estomac et transformés en chlorure de calcium. Eh bien, laissez-moi dire avec mon maître Artus qu'il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac. Les vieilles choses sont faites pour être redites et réimprimées, et nos petits-fils liront dans des éditions de 1940 comment on dose l'acide chlorhydrique libre de l'estomac que l'on confondra encore avec certains acides organiques chlorés. Nous n'y pouvons rien, la vie est ainsi faite.

D'ailleurs le chlorure de calcium nous a toujours donné de mauvais résultats comme recalcifiant. Le professeur Etienne, de Nancy, s'en sert pour décalcifier des lapins.

Il faut donc admettre si les sels de chaux ingérés étaient transformés en chlorure de calcium, ils auraient toutes chances d'être éliminés par l'urine intégralement.

Mais il n'en est rien.

L'estomac n'est pas une cornue ni un matras de laboratoire où se rencontrent des acides et des bases ; les réactions qui s'y passent et se poursuivent dans le tube digestif sont un peu plus complexes. Certains faits cependant sont susceptibles d'être appréciés et il n'est pas impossible notamment d'y suivre les sels de chaux dans les phases de leur migration. Les sels de chaux dits insolubles, notamment le carbonate de chaux, mis en présence de matières amylacées et de ptyaline sont solubilisés. On les retrouve combinés au maltose résultant de la saccharification des amylacées par la ptyaline.

Il ne semble pas qu'il y ait au cours de cette solubilisation de réaction préalable sous l'influence des acides chlorés du suc gastrique ou pour mieux dire du contenu gastrique. En tout cas, si une réaction antérieure ou simultanée avait lieu, on ne devrait pas la considérer comme nécessaire. En effet, la saccharification de l'amidon par la salive et la combinaison maltosée des sels de chaux se réalise parfaitement *in vitro* lorsqu'on met dans un vase à 38 degrés un mélange d'amidon insalivé et de carbonate de chaux Il est même certain que la réaction s'effectue plus sûrement *in vitro*, car il n'y a pas en ce cas les mêmes actions retardantes que lors de la digestion stomacale, surtout s'il s'agit d'un malade dont l'estomac n'est pas en parfait état, il faut recourir non pas aux sels de chaux insolubles, mais à ces sels déjà transformés et combinés au maltose. Cette combinaison maltose et chaux (improprement appelée maltosate de chaux) est la base de la préparation connue sous le nom de calceose.

Nous pensons qu'en l'état actuel de la question c'est le meilleur récalcifiant et celui que l'on doit toujours employer pour juger sainement de la valeur du traitement recalcifiant.

P. GUINEPIED.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Du traitement des escarres.

Il n'est pas un praticien qui n'ait été aux prises avec les ennuis et les difficultés qui résultent de l'apparition d'escarres chez leurs grands malades. Savoir les éviter, puis les soigner, si elles

surviennent, est un point de pratique que M. Roziès vient de traiter longuement dans le *Progrès médical.*

Préventivement, on surveillera attentivement toutes les surfaces cutanées qui reposent directement sur le plan du lit et qui constituent les lieux d'élection des escarres. On supprimera les causes d'irritation, l'humidité de la peau et sa malpropreté (changement fréquent des draps, nettoyage de la région ano-génitale, assèchement, poudrage avec talc stérilisé); le contact irritant du drap, qui ne doit pas faire de plis, dont la couture médiane doit être dirigée du côté du matelas. Le coussin à air, le matelas hydrostatique et la peau de chamois, qui est parfaitement lavable, sont des moyens efficaces contre la production des escarres. Enfin, on veillera à ne pas laisser les malades couchés plus de trois heures dans la même position.

L'escarre se produisant, on peut en obtenir la guérison à l'aide de pansements qui utilisent des agents chimiques : l'eau oxygénée, le néol, le gomenol, le baume du Pérou véhiculé dans de la vaseline (pommade au 1 /10e) et associé ou non au nitrate d'argent ; les métaux colloïdaux (électrargol) ; le sérum de cheval liquide ou desséché ; le sucre en poudre ; l'iode naissant, au moyen de l'enfumage.

Les agents physiques rendent aussi des services dans la cicatrisation des escarres. Ce sont l'héliothérapie et l'aérodermothérapie. Le bain de soleil, total, direct et prolongé sur la peau bien désinfectée, sera suivi d'un pansement sec ou humide au sérum artificiel.

La douche d'air chaud à 100°-120°, au moyen d'appareils électriques au gaz ou à l'alcool, a réussi assez rapidement là où tous les autres genres de traitement avaient échoué.

Le régime alimentaire français.

En même temps que l'épanouissement des affections gastro-intestinales et des entérites en particulier, il y a une quinzaine d'années, nous avons vu apparaître les régimes alimentaires, avec leur tyrannie et leurs extravagances.

Puis, on s'est aperçu, ces dernières années, que les régimes par trop exclusifs sont inanitiants et débilitants au premier chef, et qu'il n'y a pas d'état pathologique, en dehors des crises aiguës, qui nécessite l'emploi prolongé de ces cuisines étranges, d'où tout assaisonnement est soigneusement banni.

Il faut savoir gré au Dr Bardet d'avoir dit, dans *Hydrologica*, ce qui doit être considéré comme l'expression même du bon sens et de la logique.

Tout d'abord, pas de régimes univoques : ce qui convient à l'Espagnol est contre-indiqué pour le Français. L'Allemand, habitué aux cuisines grossières et massives, accepte volontiers les macaronis helvètes que le Parisien ne supporte pas.

« Le régime français est tout autre chose ; il « consiste à choisir, parmi les plats si nombreux « qui s'offrent à notre choix, ceux qui sont les « moins offensifs, et qui satisfont agréablement « le goût ; seulement, de ces plats de choix, il « ne faudra pas abuser : tout est là...... Je suis « absolument d'accord avec mon confrère F. « Helme qui, tout dernièrement, n'hésitait pas, « lui aussi, à dire qu'il n'y avait de bon régime « que celui qui était franchement basé sur une « cuisine très fine...... Au fond, la cuisine est une « des marques les plus sérieuses de l'avancement « des peuples dans la civilisation...... La bonne « cuisine est presque toujours de la cuisine « saine, sauf quelques exceptions. Il est bien « évident que les substances à goût très marqué, « comme certaines viandes, les crustacés à chair « très fibreuse, doivent être écartés ; mais pour « le reste, si l'apprêt a été convenable, si le « beurre a été manié avec prudence, c'est-à-dire « si on ne l'a pas fait brûler à plaisir, les plats « ainsi obtenus pourront être acceptés par le mé- « decin, à une seule condition, c'est que le ma- « lade sera assez sage pour restreindre sa ration. « Cette ration, elle doit être formée de plusieurs « plats, on ne mangera qu'une bouchée de cha- « cun, mais la variété aura le meilleur effet sur « la digestion du repas. Manger peu, mais manger « bien, telle est la règle réelle du régime français. « Beaucoup de légumes très bien accommodés, « très peu de viandes artistement apprêtées, « telle doit être votre règle. »

BIBLIOGRAPHIE

Le rapport hydrique-urinaire intégral et les rapports hydriques-urinaires interprandiaux.— Dr Robert Chiaïs. Thèse de Montpellier, 1913.

Guidé par la connaissance, et du rapport hydrique-urinaire intégral, et des rapports hydriques-urinaires interprandiaux, dans les conditions de fonctionnement *normal* des échanges nutritifs, il nous est possible de diagnostiquer le mode d'être fonctionnel des échanges nutritifs et de voir comment fonctionnent les principaux organes qui interviennent dans la formation et dans l'entretien du milieu humoral.

Ce diagnostic posé, nous trouvons dans l'étude de ces rapports un guide certain pour systématiser tous les traitements qui agissent sur les échanges nutritifs et sur les activités des organes nutritifs.

Tous ces traitements se proposent comme but idéal : le retour au normal du milieu humoral, ce milieu que Claude Bernard appelait le *milieu intérieur.*

CORRESPONDANCE

Révocation d'un médecin par le préfet.

Je vous envoie ci-inclus un mandat de vingt francs, montant de ma cotisation au « Sou médical » dont je demande à être adhérent.

J'ai actuellement une affaire dont je désirerais voir le « Sou » s'occuper, car j'ai déjà constaté, en ma qualité de vieil abonné du *Concours* qu'il en avait mené à bien d'analogues. Voici en quelques mots ce dont il s'agit.

Médecin inspecteur des enfants assistés et de la protection du premier âge depuis plus de vingt ans, je viens d'être révoqué par arrêté préfectoral. La véritable raison de cette révocation c'est qu'on a voulu donner ma place à un ami d'un personnage influent.

Je n'ai jamais donné aucun sujet de plainte à propos de mon service. J'ai obtenu à différentes reprises des récompenses, notamment une médaille d'argent. L'inspecteur de l'assistance départementale n'a jamais eu aucun reproche à me faire et pourra en témoigner ; il était d'ailleurs opposé à ma révocation.

Les motifs invoqués par l'autorité préfectorale reposent sur des fais apportés par mon successeur et sont les suivants : mon âge, des erreurs que j'ai commises dans une ordonnance, des racontars acceptés sans contrôle.

J'estime qu'il est possible de présenter au Conseil d'Etat un recours. J'aimerais à voir le « Sou » s'en charger ; voulez-vous me faire savoir s'il est possible à votre association de prendre l'affaire en main. L'on m'a donné quinze jours pour prendre connaissance de mon dossier.

La procédure devant le Conseil d'Etat étant peu coûteuse, j'ai le bon espoir que vous voudrez bien accepter ma requête. Je vous serais reconnaissant d'ailleurs de vouloir bien me fixer le plus tôt possible à ce sujet.

Dr G.

Réponse.

Nous vous accusons réception de votre demande d'admission au « Sou médical ».

Nous sommes tout disposés à vous donner les conseils utiles, pour que vous puissez présenter votre défense devant le Conseil d'Etat ; mais il nous est impossible d'assumer les frais de cette procédure.

En effet, votre affaire est antérieure à votre adhésion ; par suite, nos autres adhérents, qui, depuis de longues années, ont fait œuvre de sage prévoyance, en versant leur cotisation annuelle au « Sou », pourraient nous faire le reproche de mal gérer les fonds de la société en dépensant 4 à 500 francs, pour un confrère qui nous apporte 20 francs, mais ne vient à nous que parce qu'il a un procès.

Pour répéter une comparaison bien connue, ce n'est pas au moment où la maison brûle que l'on va contracter une assurance contre l'incendie en demandant à la compagnie de vous rembourser le prix de l'immeuble.

Dans votre affaire, voici ce que nous pouvons pour vous : réunir toutes les pièces du dossier, puis soumettre le cas à nos avocats conseils au Conseil d'Etat, leur demander leur avis ; puis, si l'affaire se présente bien, nous vous aiderons de tout notre appui moral et de tout notre pouvoir ; mais nous laisserons à votre charge les frais du procès.

Si vous craignez ceux-ci, nous pourrons voir, d'après votre dossier, s'il ne serait pas possible d'attaquer la décision du ministre, devant le Conseil d'Etat, pour excès de pouvoir. Vous n'auriez pas alors besoin du ministère d'un avocat.

Mais cela ne nous empêcherait pas de faire, étudier cette affaire par tout notre contentieux pour que vous puissiez avoir gain de cause. Veuillez donc nous réunir tous les éléments constitutifs de la cause

Mais, déplorons la persistance de ces situations fixes, qui ne dépendent que de la bonne volonté de M. le Préfet. Lui seul a le droit de nomination et de révocation ; on vous le fait bien voir. Vous avez cessé de plaire soit comme agent électoral ou autre, on vous remercie en vous substituant un autre confrère, plus jeune, par suite plus utile au député, ou au conseiller général, ou au maire.

Quand donc arrivera-t-on à supprimer l'investiture officielle, quand il s'agit de soigner des malades, pour les remplacer par le libre choix et le tarif à la visite ? Ce jour-là, il n'y aura plus de révocation de médecins et chacun de nous aura son droit absolu de penser et d'exprimer librement ses opinions de citoyen.

Médecins ! quand donc en aurez-vous assez d'être les esclaves de la préfecture ?

Les consultations des nourrissons.

Il est vraiment réconfortant d'apprendre par notre confrère le Dr Danès, de la Mayenne, que, dans sa région tout au moins, « les nourrices ne sont pas réfractaires » et qu'elles « sont très heureuses de se rendre compte *de visu* de l'augmentation de poids de l'enfant ou de sa diminution. »

Hélas ! combien différent est l'état d'âme des nourrices dans la plus grande partie *de nos campagnes* en dehors de ce pays, évidemment en progrès, qu'est la Mayenne ! Dans le Var, en particulier, et pour une petite ville de trois mille habitants, je m'étais donné la peine d'installer une consultation GRATUITE de nourrissons trois fois par semaine, et cette consultation, étant

libre, avait l'avantage de ne rien coûter, non seulement aux intéressés, mais encore au département et à la commune. Or, en quatre ans et demi, et malgré mes efforts, j'ai vu venir *à peine dix pour cent* des nourrices et nourrissons de la commune ou des environs. Et cependant, j'avais grand soin de ne jamais laisser partir mes petits clients les mains vides.... Avec leurs fiches de pesées, ils emportaient toujours ou un petit jouet inoffensif, ou plus souvent un peu de bonne farine alimentaire, un bon de lait stérilisé, un remède indiqué, etc. Je suis donc bien convaincu que nos nourrices paysannes sont en grande majorité absolument réfractaires à la puériculture.... D'ailleurs, trop de « paramédicaux » les détournent du chemin de la consultation médicale, si contraire à leurs pernicieux et lucratifs conseils.... Il y a là, ainsi que nous le disions ces jours derniers au Congrès de l'assistance d'hygiène sociale de Lyon, à propos de l'établissement des dispensaires antituberculeux, toute une éducation morale à faire, toute une mentalité faussée à redresser. Pour les consultations de nourrissons comme pour celles des tuberculeux, il y aura aussi à réaliser une entente difficile entre l'administration toujours éminemment fonctionnarisatrice, et *le médecin praticien*, dont les intérêts les plus légitimes et les plus modérés sont toujours menacés, sinon totalement sacrifiés. N'apparaît-il pas plus logique et plus naturel que la consultation du nourrisson soit confiée *au médecin de sa famille*, qui connaît mieux que nul autre sa constitution et ses tares héréditaires ? Quel est le médecin praticien qui refusera d'avoir chez lui une balance pèse-bébés, et pourquoi toute cette *coûteuse* organisation ?.... Mais toutes ces idées sont celles du *Concours* ; elles sont chères à tous les praticiens libres et je m'en voudrais d'insister davantage.... Un bon point de plus seulement, pour terminer au solide et lumineux rapport de notre ami le Dr Boudin !

Dr La Bonnardière.
(Var).

Il faut que le médecin des gendarmes se fasse honorer.

J'ai lu dans le *Bulletin* de l'Union un long article sur les soins gratuits à donner aux gendarmes. Je trouve ridicule : 1° qu'on soigne les gendarmes gratuitement ; 2° qu'on leur applique un tarif spécial. Il faut les traiter comme tout le monde. C'est ce que je fais et m'en trouve bien. Comment ! Ces braves gens gagnent plus de 1200 fr. par an, ils sont logés, ont un jardin et une retraite ! Nos ouvriers, nos domestiques, nos journaliers sont moins payés et ils paient bien.

Dr M.

Réponse.

Nous sommes entièrement de votre avis. Rien ne justifie la gratuité des soins donnés, par les médecins civils, aux gendarmes et à leur famille. L'Etat devrait, comme il le fait pour les autres catégories de militaires, leur assurer médecins et pharmaciens, payés par lui.

A cela, d'aucuns répondront peut-être que l'Etat paie. Mentions honorables, médailles, rubans et croix... monnaie de singe, que tout cela, et dont les exigences de la vie moderne ne nous permettent plus de nous contenter.

A chacun son dû, telle doit être la règle. Aux malades, la science et le dévouement du praticien ; à celui-ci, les légitimes honoraires qui lui reviennent.

Quels certificats médicaux délivrés aux agents des P. T. T. peuvent être exempts du timbre ?

Je vous signale un document pour la Tribune médico-officielle, qui a dû vous échapper et qui a une grande importance, je crois.

Il s'agit des certificats à délivrer aux *agents du service actif* par médecins non assermentés.

Dans la liste des certificats, ils sont mis exempts du timbre. C'est exact. Mais en pratique, ça donne une étrange confusion ; les employés des bureaux de postes, par exemple, ne sont pas du service actif, mais agents en activité du service sédentaire, d'où nécessité de timbrer les certificats concernant ces employés, malgré l'explication du rapporteur Kantz lors de la loi du 29 mars 1897, art. 4. C'est le mot ambigu — du service actif — pris dans un sens différent par le rapporteur et le législateur d'une part, et par les exécuteurs de la loi, en particulier les receveurs des postes, d'autre part, qui amène cette confusion.

Donc le Dr L... et moi avons provoqué une question à ce sujet au Ministre des postes. Je vous transcris demande et réponse.

Je conclus à la nécessité : 1° d'annoter dans la prochaine édition du Concours (agenda 1915) la ligne : Exemption du timbre pour les certificats concernant les agents du service actif par médecin non assermenté, afin que nos confrères ne commettent plus d'erreurs à ce sujet.

2° De faire préparer par l'opinion médicale, donc les Syndicats, la révision de cet article (un projet est proposé par M. Marin, député de Nancy).

Dr P

Réponse.

Nous vous remercions de votre communication dont nous tiendrons le plus grand compte.

Vous trouverez dans un prochain numéro le document qui, en effet, nous avait échappé.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement du lymphatisme par l'iodure d'arsenic et l'arrhénal. — Ce traitement déjà préconisé par le Dr Rousseau Saint-Philippe, a été appliqué avec grand succès par le Dr Pierre aux petits malades du dispensaire Championnet.

On prescrit la solution suivante :

Iodure d'arsenic..........	} àâ cinquante centgr.
Arrhénal.................	
Eau distillée.............	50 grammes

dont on donne, selon l'âge, cinq, dix, ou même vingt gouttes avant chacun des deux principaux repas.

Les manifestations lymphatiques s'amendent très vite, la susceptibilité bronchique disparaît rapidement. Les résultats sont aussi très favorables dans l'emphysème pulmonaire.

(*Inf. méd*).

Traitement de l'épilepsie par la compression des carotides. — On pratique de chaque côté du cou la compression de la carotide entre le pouce et l'index. Si la crise est ainsi traitée dès son début, on voit les mouvements convulsifs cesser aussitôt, la respiration se régulariser, le malade ouvrir les yeux et reprendre conscience. Parfois, la compression cessée, l'accès semble vouloir recommencer instantanément, on applique de nouveau le même traitement.

MONBURG.

(*Deustch. med. Woch.*)

Traitement des phlegmasies pelviennes par le lactate de calcium. — Le lactate de calcium, employé concurremment avec les autres éléments du traitement conservateur des phlegmasies pelviennes, chez la femme, contribue de façon remarquable à apaiser les phénomènes inflammatoires

On se sert d'une solution à 1 p. 100 dont on injecte 10 centimètres cubes au maximum, tous les deux ou trois jours, sous la peau, le plus près possible des parties malades. On ne déposera jamais plus de 4 centimètres cubes au même endroit, de peur de provoquer des phénomènes d'irritation.

On associera à ce traitement, surtout dans la vaginite, les irrigations avec une solution de lactate de calcium à 5 p. 100.

E. LANDZBERG.

(*Therap. Monatsch.*)

Traitement de l'alopécie diffuse. — Cas moyens : lotion quotidienne avec :

Bichlorure de mercure.......	0,03 à 0,12 cent.
Résorcine ou acide salicylique	0,30 à 0,60 cent.
Huile de lavande............	0,06 à 0,12 cc.
Huile de ricin ou glycérine...	0,30 à 0,60 cc.
Alcool....................	q. s. 30 cc.

Dose plus forte d'huile de ricin, si le cuir chevelu est sec : au cas contraire, adjonction d'éther ou d'acétone.

Cas sérieux : faire précéder ce traitement de frictions avec l'onguent excitant suivant, chaque soir, ou seulement une ou deux fois par semaine selon l'irritation produite :

Bétonaphtol................	0,30 à 0,60 cent.
Soufre précipité............	ââ 0,06 centigr.
Résorcine..................	à 1 gr. 20
Huile de lavande...........	0,06 à 0,12 cc.
Pétrole	30 gr.

DORE.

(*New-York med. Journ.*)

Pour éviter les blessures du pied pendant la marche. — On prend une courroie longue de 75 et large de 3 centimètres. On la place, comme un sous-pied, en avant du talon de la chaussure, on fait passer ses deux chefs sur le cou-de-pied et, en les entrecroisant, on les ramène en arrière, un peu au-dessus du contrefort, pour les boucler en avant de la malléole externe. La chaussure étant ainsi immobilisée sur le pied, aucun frottement ne peut se produire et le marcheur ne blesse pas.

Médecin principal ARNOULD.

Nouveau procédé de recherche du sang dans le fèces. — On se sert : 1° de la solution suivante

Benzidine	quinze centigr
Acide acétique	5 cc.
(chauffez légèrement)	

2° D'eau oxygénée, de 1 à 5 p. 100 ;

3° D'une solution de fèces obtenue en chauffant gros comme un pois des matières à examiner dans quelques centimètres cubes d'eau.

On mélange 1 centimètre cube de la solution de benzidine avec dix gouttes d'eau oxygénée et on ajoute deux à trois gouttes de la solution de fèces. S'il y a du sang, un anneau bleu ou vert (très petite quantité de sang) apparaît dans le mélange, au plus tard une minute après sa préparation.

WALTHEN PLOB.

(*Bulletin méd.*)

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Réunion du Conseil d'Administration (23 juin 1914)

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, Mignon, Vimont, Huguenin, Delpeut, Duchesne et Boudin, *secrétaire*.
Excusé : M. A. Gassot.

Le secrétaire général fait part au Conseil de a mort de MM. Allary, de Leucate (Aude) ; Donnezan, de Perpignan ; Blaizot, de Doulon-les-Nantes (Loire-Inférieure).

Indemnités M-A-B

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

11	Demarque	Charente-Inférieure	6 jours	60 »
13	Barthez	Aude	3 mois	300 »
17	Blaizot	Loire-Inférieure	2 mois	200 »
20	Hintzy	Seine-et-Oise	20 jours | 2 mois et 10 jours chr.	433 35
33	Calmels	Aveyron	3 mois	300 »
34	Parmentier	Ardennes	3 mois	300 »
80	Pardoux	Paris	3 mois	300 »
100	Coqueret	Aube	3 mois	300 »
106	Roger	Ille-et-Vilaine	46 jours chr	153 20
107	Gauthier	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
122	Diacre	Seine-et-Oise	60 jours + 2 jours chr.	606 65
137	Lecerf	Loire-Inférieure	6 mois	600 »
124	Duclaux	Alpes-Maritimes	2 mois	200 »
154	Poirson	Jura	12 jours chr.	40 »
171	Laguens	Gironde	60 jours + 17 jours chr.	656 60
173	Gaucherand	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
179	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
186	Collinet	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
187	Godlewski	Vaucluse	38 jours	380 »
190	Benoit	Alger	60 jours + 2 mois et 18 jours chr.	859 95
207	Duret	Nièvre	18 jours	180 »
221	Allary	Aude	23 jours chr.	76 60
244	Lefevre	Ardennes	17 jours	170 »
275	Tellier C	Rhône	60 jours + 1 mois et 26 jours chr.	786 60
292	Pillon	Paris	3 mois	300 »
306	Vignes	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
315	Hamon	Loiret	6 jours	60 »
319	Petitjean	Paris	21 jours	210 »
323	Molle	Oran	33 jours	330 »
327	Fuzet du Pouget	Ardèche	27 jours	270 »
331	de Faucher de la Ligerie	Charente-Inférieure	20 jours + 2 mois	400 »
356	Lop	Bouches-du-Rhône	17 jours	170 »
372	Hillcock	Gironde	3 mois	300 »
415	Lejeune	Côte-d'Or	3 mois	300 »
422	Couffon	Mayenne	19 jours	190 »
456	Boulinguez	Pas-de-Calais	3 mois	300 »
498	Fons	Pyrénées-Orientales	10 jours	100 »
526	Rochefort	Oise	53 jours	530 »
534	Epron	Vendée	11 jours	110 »
			A reporter	11.972.55

		Report	11.972	55
539 Devoir	Yonne	10 jours	100	»
545 Richard	Savoie	3 jours	30	»
561 Medail	Sarthe	6 jours	60	»
563 Collin	Marne	57 jours	570	»
617 Derode	Nord	27 jours	270	»
659 Bonnel	Hérault	60 jours + 12 jours chr.	639	95
660 Cailleux	Oise	60 jours + 23 jours chr	676	60
676 Briquet	Nord	60 jours + 24 jours chr.	679	90
680 Pelloquin	Var	60 jours + 1 mois et 9 jours chr.	729	95
703 Sage	Isère	3 mois	300	»
731 Volpert	Meuse	4 jours	40	»
732 Ravon	Loire	12 jours	120	»
749 Moulon	Marne	3 mois	300	»
751 Barde	Gironde	29 jours	290	»
770 Caudron	Paris	3 mois	300	»
776 Gauthier	Nièvre	6 jours	60	»
781 Mazeroux	Seine-et-Oise	60 jours + 2 jours chr.	606	65
787 Tortellier	Ille-et-Vilaine	23 jours + 8 mois et 7 jours chr.	1053	30
795 Ollivier	Alpes-Maritimes	22 jours	220	»
807 Barge	Corrèze	6 jours	60	»
817 Teysseyré	Charente-Inférieure	55 jours	550	»
878 Sallé	Somme	8 jours	80	»
888 Borie	Charente-Inférieure	3 mois	300	»
900 Duclos	Vendée	3 mois	300	»
904 Villequez	Haute-Saône	3 mois	300	»
912 Henry	Alpes-Maritimes	3 mois	300	»
954 Paumès	Haute-Garonne	3 mois	300	»
965 Mitifiot	Bouches-du-Rhône	60 jours + 20 jours chr.	665	65
968 Donnezan	Pyrénées-Orientales	26 jours	260	»
976 Eyraud	Haute-Loire	58 jours	580	»
988 Couty	Aisne	44 jours	440	»
1046 Channac	Ardèche	2 jours	20	»
1060 Couturier	Creuse	3 mois	300	»
1078 Dupret	Aisne	17 jours	170	»
1108 Baraton	Aube	3 mois	300	»
1113 de Lavergne	Vienne	13 jours	130	»
1130 Virenque	Aveyron	11 jours	110	»
1150 Bordier	Creuse	60 jours × 28 jours chr.	693	25
1154 Rouet	Creuse	3 mois	300	»
1196 Omiecinski	Seine-et-Marne	11 jours	110	»
1207 Dicquemare	Constantine	38 jours	380	»
1259 Rilhac	Aube	3 jours	30	»
1292 Molinéry	Hautes-Pyrénées	2 mois	200	»
1277 Brumauld des Houlières	Haute-Vienne	6 jours	60	»
1294 Freyche	Ariège	14 jours	140	»
1302 Duvau	Saône-et-Loire	27 jours	270	»
1304 Guéneau	Cher	3 mois	300	»
1308 Launay	Maine-et-Loire	3 mois	300	»
1330 Kaminer	Seine-et-Oise	42 jours	420	»
1338 Laborde	Lot-et-Garonne	3 mois	300	»
1350 Champollion	Dordogne	60 jours + un mois	700	»
1351 Bigex	Aube	18 jours	180	»
1362 Saussine	Ardèche	15 jours	150	»
1381 Boulade Perigois	Indre	8 jours	80	»
1408 Grandou	Eure	3 mois	300	»
1437 Roginski	Paris	5 jours	50	»
		A reporter	28.199	20

		Report	28.109 20
1446 Bridier	Puy-de-Dôme	28 jours	280 »
1476 Bordo	Pyrénées-Orientales	29 jours	290 »
1489 Mauvais	Côte-d'Or	51 jours	510 »
1491 Coche	Pyrénées-Orientales	3 mois	300 »
1492 Ardillaux	Paris	10 jours	100 »
1506 Chazalon	Arpèche	35 jours	350 »
1530 Legourd	Seine-et-Marne	3 mois	300 »
1537 Cazenave	Basses-Pyrénées	11 jours	110 »
1571 Meurice	Orne	26 jours	260 »
1573 Lecouillard	Manche	38 jours chr	126 55
1611 Traversier	Isère	50 jours	500 »
1613 Micolier	Loire	12 jours	120 »
1620 Dalban	Isère	13 jours	130 »
1657 Coste	Lozère	12 jours	120 »
1658 Fournier	Var	3 mois	300 »
1660 Beutter	Loire	45 jours	450 »
1677 Mouriquand	Drôme	60 jours + 6 jours chr	620 »
1686 Gaignard	Maine-et-Loire	15 jours	150 »
1719 Colette	Pas-de-Calais	4 jours	40 »
1729 Philippet	Oise	22 jours	220 »
1748 Marçon	Var	3 mois	300 »
1758 Mourre	Var	12 jours	120 »
1761 Carcy	Haute-Marne	24 jours	240 »
1793 Conte	Aude	7 jours chr	23 30
1815 Sanerot	Saône-et-Loire	3 mois	300 »
1820 Priouzeau	Maine-et-Loire	11 jours	110 »
1838 Devrense	Haute-Saône	21 jours	210 »
1846 Babeau	Gard	5 jours	50 »
1908 Triqueneaux	Nord	23 jours	230 »
1914 Simonnot	Haute-Saône	12 jours	120 »
1925 Bonnes	Paris	58 jours	580 »
		Total	36.109 05

Le Conseil constate encore, malgré ses rappels incessants, la négligence que mettent certains sociétaires à donner de leurs nouvelles — il est impossible que cette négligence continue et il y a lieu d'appliquer les sanctions prévues par le règlement.

Le sociétaire nº 787 violant sciemment les prescriptions de l'article 47 des statuts et compromettant le bon fonctionnement de la société, le Conseil lui fait application intégrale des pénalités prévues par l'article 47 et lui inflige une amende de 510 francs pour 255 jours de retard.

Une amende de 60 fr. est infligée au sociétaire nº 190 ; une amende de 20 fr. aux sociétaires nºs 137 et 1677 à titre d'avertissement.

M. le Dr Godlewski fait abandon à la Société d'une somme de 180 fr. Le Conseil lui adresse des remerciements et décide que son nom ra inscrit sur la liste des Bienfaiteurs.

Pensions V

Le Conseil ordonnance ensuite le paiement de la pension trimestrielle de Madame Veuve Beaux-Lagrave .... 150 fr.

Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes

Combinaison M A

MM. les docteurs :
Arnaud, à Bagnols-sur-Cèze (Gard).
Mathieu, à Villefranche-de-Lauragais (Haute-Garonne).
Guichard, à Saint-Etienne (Loire).
Sauveplane, à Sauxillanges (Puy-de-Dôme).
Sidéridis, à Preignac (Gironde).
Trifaud, à Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).

Combinaison R

M. le Dr CHEVALOT, à Jarny (Meurt.-et-M). | Mme CHEVALOT, à Jarby (Meurthe-et-Moselle).

Combinaison V

M. le Dr ROUSSELOT, à Vienne-le-Châteâu (Marne)

Le secrétaire, P. BOUDIN. *Le Président,* A. MAURAT.

EN TOURNÉE DE PROPAGANDE

La Meurthe-et-Moselle.

Le dimanche 21 juin, nous nous sommes rendu à l'aimable invitation qui nous avait été faite par le président du syndicat médical de Meurthe-et-Moselle, le Dr Giry, de Briey.

La réunion fut précédée par une assemblée de l'Association locale du département, filiale de l'A. G., sous la présidence du Prof. Gross. Nous avons pu voir la cordialité qui existait entre les deux associations, tenant leurs réunions le même jour, l'une après l'autre, dans le même local et faisant ensuite banquet commun.

C'est que la division des fonctions est parfaitement comprise : l'Association s'est occupée exclusivement du bien à faire aux malheureux de la profession, aux veuves et orphelins du corps médical, laissant au syndicat la défense immédiate des intérêts corporatifs. Néanmoins, cette union amicale des deux sociétés permet, dans des cas de bataille, de faire le bloc des deux groupes, l'association ajoutant le nombre de ses adhérents à celui du syndicat et s'effaçant derrière celui-ci pour la conduite de l'action.

Puisse cette bonne entente, basée sur la division des fonctions, être suivie dans beaucoup de départements !

La réunion du syndicat fut ouverte par le discours suivant du Dr Giry, président :

s chers confrères

Il y a un mois, nous étions à Paris.

Vous connaissez tous la genèse du IVe Congrès des Praticiens ; vous savez comment, *sous prétexte* de collaboration aux lois sociales, la fameuse commission Chéron visait *à la tarification des honoraires* médicaux et par cela même à la fonctionnarisation du Corps médical français.

En novembre dernier, l'Union des Syndicats signalait le danger.

Menacé par les pouvoirs publics qui le voulaient domestiquer, par les mutualistes qui le voulaient exploiter, par les assureurs qui le voulaient asservir, le corps médical s'est ressaisi.

Secouant son indifférence, il s'est dressé uni, fier de son passé d'honnêteté, de dévouement et d'abnégation.

Ce fut au Parlement d'abord que commença la lutte contre nous.

Au cours d'une discussion à la Chambre sur les maladies professionnelles, M. Paul BEAUREGARD intervint en justicier, *protestant contre les abus médicaux*, demandant au Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale d'y mettre en terme.

Comme s'il n'avait attendu que cette interpellation, M. Chéron, paraissant fort ému, promit de se mettre immédiatement à la besogne.

Malgré que certains députés faisaient remarquer à M. Paul BEAUREGARD que le fameux fait d'abus concernant un médecin de Cette, à propos d'une note d'honoraires scandaleuse, était apocryphe et controuvé, M. Chéron, dans son empressement complaisant, ne voulut rien entendre.

La commission du tarif Dubief ayant refusé de le suivre, par un décret paru à l'*Officiel* le 1er juillet 1913, M. Chéron institua une commission chargée d'étudier dans leur ensemble (ce sont les termes officiels) les conditions de la participation du Corps médical à l'application des lois sociales et de rechercher les mesures les plus propres à sauvegarder les divers intérêts en présence.

Cette commission devait comprendre trente-trois membres dont *trois représentants* des Syndicats médicaux. Les membres dans chaque catégorie devaient être nommés par le Ministre.

L'Union des Syndicats, le Syndicat des médecins de la Seine, la plupart des Syndicats dissidents, en des ordres du jour motivés, protestèrent.

Le Ministre ne put trouver un seul représentant du Corps médical *organisé* qui consentît à entrer dans la commission .

Il nomma des médecins *sans mandat* et ce fut dans ces conditions que nous allâmes au Congrès.

Vous avez lu les comptes rendus de ces trois journées, où dans un même élan, les représentants de *tous les médecins* de France, Union des Syndicats, Fédération du Midi, Syndicats dissidents, médecins non syndiqués *votèrent à l'unanimité* les ordres du jour de protestation contre la Fonctionnarisation médicale, aussi bien que les ordres du jour concernant l'organisation de l'hygiène sociale par les Syndicats, l'hygiène scolaire, la lutte contre la tuberculose et l'alcoolisme, le libre choix et le tarif à la visite dans l'assistance médicale gratuite.

Le 28 mai, nous étions au Ministère du Travail. M. Métin nous avait fait part de son désir de *causer* et de recevoir une délégation du Congrès où j'eus l'hon-

neur de représenter les praticiens de l'Est de la France.

Ce fut une conversation bien agréable, *bien habile* aussi de la part du Ministre qui se dérobait.

M. Métin protesta de ses bonnes intentions, s'étonna de nos craintes non justifiées. *Jamais* il n'avait songé à la tarification des honoraires médicaux ; *rien* dans ses actes, dans ses paroles, ne pouvait justifier notre émoi.

Il voulut bien nous relire le discours-programme qu'il avait prononcé à la première séance de la commission, qui était liée par ce programme même, jamais il ne permettrait qu'elle s'en écartât.

Il nous accorda *huit* représentants au lieu de *trois*, rendit hommage au dévouement du Corps médical, mais se refusa absolument à déclarer par écrit, *sur un papier*, comme le lui demandaient nos confrères Tourtourat et Lescaret, que *jamais ne serait abordée* la question de la tarification. Sa parole devait nous suffire, il avait, lui aussi, à sauvegarder sa *dignité de ministre* et comme nous lui objections que les ministres changent, il nous parla de la solidarité ministérielle, de l'unité de vues, nous n'avions rien à craindre ni pour le présent, ni pour l'avenir.

Les Ministres *passent*, les bureaux *restent*, comme aussi les intrigues qui s'y nouent.

M. Métin s'en est allé et les assureurs, les mutualistes, les administrations vont continuer la lutte.

Le Ministre n'est pas libre, disait au Congrès un de nos confrères.

C'est vrai, il a, derrière lui, les grosses influences industrielles, les comités tout puissants et nous devons penser que la bataille n'est pas finie.

C'est au Syndicat, *seul* groupement organisé légal, qu'il appartient de veiller à ce que pas une fissure ne puisse se produire, par laquelle serait entamée notre indépendance et franchi le premier pas vers la fonctionnarisation.

Il faut tout d'abord que rien ne puisse se faire sans avis préalable du Syndicat et que l'administration et ses agents sachent bien que *nous avons le droit absolu* d'intervenir, chaque fois, qu'est mis en cause un médecin ou qu'il s'agit de l'*organisation d'un service d'hygiène*.

Il semble que l'oubli dans lequel a vécu notre association ait permis tous les empiètements et vous chercherez en vain *un seul représentant du syndicat* dans une commission départementale d'organisation ou de contrôle en Meurthe-et-Moselle.

Or, vous le savez, l'hygiène administrative organisée avec les seuls conseils de théoriciens éminents, aboutit à cette *faillite* lamentable si bien décrite par Lenglet, Lafontaine, Campinchi.

Nous ne nous refusons pas à apporter à l'Etat notre collaboration sincère, loyale, éclairée, pour l'organisation de l'hygiène sociale, mais nous voulons entrer dans les commissions sanitaires, dans les conseils départementaux, au conseil supérieur d'hygiène, par la grande porte, en conseillers techniques, délégués par nos syndicats.

C'est donc au syndicat d'abord qu'il nous faudra étudier les multiples questions de l'hygiène sociale et organiser l'hygiène rurale, l'hygiène scolaire, la lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Organe de défense des intérêts professionnels, le Syndicat doit devenir également un centre d'études.

Il faut, et c'est là ce que nous désirons le plus vivement, créer au sein de notre association, des commissions d'étude où viendront *travailler côte à côte*, les membres du Corps médical enseignant, les membres de la Société de médecine, les médecins praticiens.

C'est à une collaboration loyale que nous vous convions aujourd'hui en vous priant d'examiner sans parti pris, les questions qui vont être exposées devant vous avec le seul souci de les mettre au point et de vous apporter des éléments exacts d'appréciation.

D'autres questions aussi importantes *vont être mises à l'étude*, nous faisons appel à votre bonne volonté dès aujourd'hui pour nous fournir des arguments. Le bulletin vous tiendra au courant de nos travaux aussi régulièrement que possible.

Mes chers confrères, je vous ai exposé très simplement le rôle du Syndicat, tel que le comprend le Comité que vous avez renouvelé en partie le 8 mars dernier. Ce que je vous ai dit, nous le pensons tous au comité, et je n'ai fait qu'exprimer bien imparfaitement notre pensée commune.

Rendre au médecin dans la Société actuelle, la place qu'il a parfois perdue par une indifférence inconsciente ou voulue, organiser l'hygiène sociale en collaboration avec les administrations locales, défendre contre les assureurs, les gros industriels, les mutualistes, nos intérêts en péril, voilà notre programme.

Permettez-moi en terminant de faire appel à l'Union de tous pour la réalisation de nos aspirations communes.

Le soir du 29 mai dernier, en clôturant les travaux du Congrès, l'honorable Président nous disait :

« J'ai une grande nouvelle à vous apprendre : la paix est faite.

L'Union du Corps médical organisé est aujourd'hui un fait accompli.

Il n'y a plus de syndicats dissidents : en face du péril commun, ils reviennent tous prendre place sous la bannière de l'Union des Syndicats.

C'est la plus grande joie de toute ma carrière. »

L'Association Syndicale des médecins de Meurthe-et-Moselle, compte aujourd'hui près de 200 membres, c'est le plus fort groupement médical organisé de Province.

Encore un effort, amenez-nous les hésitants, secouez la torpeur des indifférents, dites-leur que l'indifférence à l'heure du péril est une lâcheté, rassurez ceux qui, ne nous connaissant pas, semblent s'effrayer du mot seul du Syndicat.

J'espère, dans une très prochaine assemblée, vous dire comme le docteur Gairal :

« J'ai une grande nouvelle à vous apprendre

Tous les médecins de Meurthe-et-Moselle font partie de notre association, c'est la plus grande joie de ma carrière médicale ».



La première question qui vint en discussion fut celle de l'*admission des malades aisés dans les hôpitaux*.

Le rapporteur, Dr Sencert, montra combien complexe était le problème et déclara qu'il fallait faire une étude, sur statistique, pour arriver à se faire une idée exacte de ce que pouvait enlever au corps médical, comme honoraires, cette admission abusive des gens aisés dans l'asile des pauvres.

Au cours de la discussion qui suivit, des choses très intéressantes furent dites.

Le Dr Henriot démontre le tort immense que font les hôpitaux aux spécialistes de la ville. Les malades, qui principalement vont à la consultation externe de l'établissement, obtiennent presque pour rien, les avis médicaux des plus grands maîtres. Et les malheureux spécialistes, cependant, attendent, vainement, dans leur cabinet, la clientèle qui devrait les faire vivre.

Le Dr Gross fait remarquer que ce n'est pas le médecin, chef de service, qui peut faire un contrôle, surtout avec les gens qui s'affublent de vieux vêtements et présentent de faux certificats.

Il signale d'autre part, la négligence de certains confrères qui envoient trop facilement leurs malades à l'hôpital, les uns par indolence, les autres parce qu'ils veulent se faire une popularité, sur le dos de l'hôpital, en y faisant admettre des malades qui ne devraient jamais y entrer, vu leur situation de fortune.

Il propose d'atteindre ces faux pauvres, lorsqu'on peut les découvrir, en leur faisant payer une indemnité pécuniaire, pour la caisse de l'établissement.

Néanmoins, comme le fit remarquer le Dr Gross *père*, il ne faut pas exagérer le nombre des riches à l'hôpital : il est moins grand qu'on veut bien le dire. D'autre part, il faut considérer que l'hôpital est un centre d'enseignement et que les chefs de service sont heureux d'avoir des cas intéressants à montrer aux élèves, sans trop s'inquiéter de la fortune de ces hospitalisés.

Le Dr Thiebault dit qu'une partie du mal provient de ce qu'il n'existe pas de clinique intermédiaire entre l'hôpital et la clinique chère. Beaucoup de bourses modestes ne peuvent donc pas se faire soigner ailleurs qu'à l'hôpital.

Un confrère fait également remarquer que la clientèle de l'hôpital s'augmente du nombre de gens qui ont besoin d'examens spéciaux : Wassermann, réaction d'Ambard, etc., examens trop chers pour beaucoup.

Nous-même enfin avons pris la parole pour donner quelques précisions sur la question, qui a été traitée au dernier congrès des commissions hospitalières, à Montpellier. Nous avons narré à nos confrères les différentes discussions qui eurent lieu, et dont nous donnerons bientôt le compte rendu dans le *Concours*.

Nous avons voulu simplement dire à l'assemblée la difficulté du problème, qui ne pourrait être résolu que par une étude en commun du corps médical et des commissions administratives des hôpitaux, en adaptant ensuite les résultats à chaque besoin local.

Nous avons insisté sur cette omnipotence que croient devoir s'arroger certains administrateurs, qui trop volontiers considèrent le médecin d'hôpital comme leur employé, comme un infirmier supérieur, qui n'a qu'à obéir aux ordres de l'administration, et qui doit opérer les malades admis dans son service, sans se préoccuper de la situation de fortune de ces gens.

Pour beaucoup, le médecin d'hôpital est suffisamment récompensé par le titre honorifique qui lui a été donné, soit au concours, soit par le bon vouloir de l'hôpital. Si donc il n'est pas content de cette admission des malades payants, il n'a qu'à démissionner : beaucoup de ses confrères brigueront l'honneur de prendre sa place.

Nous avons démontré que cette attitude césarienne est surannée aujourd'hui et que nous avons le ferme espoir que, dans un avenir très prochain, les commissions administratives comprendront qu'il est indispensable de faire l'union entre toutes les commissions, toutes les compétences, pour concourir au but commun : l'amélioration de la situation des pauvres malades.

Etudions donc cette question dans nos syndicats, puis, réunissant nos efforts dans l'Union des syndicats, nous viendrons offrir notre collaboration et nos avis aux commissions administratives des hôpitaux, réunies, dans un congrès prochain, avec le corps médical, pour solutionner toutes ces questions médico-administratives, pour la bonne gestion du patrimoine des malheureux.

On aborda ensuite l'éternel problème du *service médical dans l'assistance médicale gratuite*.

On nous avait fait l'honneur de nous demander de rapporter cette question et, devant notre auditoire, à qui le préfet a imposé le système des circonscriptions et du forfait, nous avons développé la question suivante : le médecin a-t-il intérêt au libre choix et au tarif à la visite, pour l'A. M. G. ?

N'oublions pas tout d'abord que les médecins sont égaux entre eux : il n'existe qu'un seul diplôme conférant le droit d'exercer l'art de guérir, c'est celui de docteur en médecine. Par suite, il ne faut pas que certains d'entre nous soient

favorisés au détriment de leurs confrères et que, par des questions d'amitié et de politique, ils puissent avoir le monopole de toute une clientèle.

D'autant qu'avec la pléthore médicale qui va sans cesse en augmentant, chacun de nous ressent le besoin de vivre du produit honnête de son diplôme. Il est donc intolérable qu'une partie de nos honoraires puisse échapper à la plupart, parce qu'avilis et confiés à quelques confrères fort bien en cour et occupant ce que l'on appelle des situations acquises et des fixes.

Ces prémisses posées, *quels sont les inconvénients du système à forfait, pour les médecins* ?

C'est d'abord le *mode de nomination*. Voici un jeune médecin qui veut s'établir en Meurthe-et-Moselle. Il voudra vivre de sa profession et, par suite, cherchera toutes les sources de revenus.

Or, pour l'assistance médicale, il trouvera devant lui, des anciens, qui ont seuls le monopole des soins à donner aux indigents. Voici donc notre jeune confrère, qui sachant que les circonscriptions peuvent être modifiées, comme étendue, ou changées de titulaires, au gré du préfet, va chercher, par tous les moyens à obtenir les bonnes grâces du premier magistrat du département. A l'arbitraire d'une nomination, il ajoutera le système des protections, des recommandations : il fera jouer en sa faveur tous les dessous politiques. Souvent même, ce sera le maire d'une commune qui, mal avec le médecin de l'endroit, fera venir un jeune docteur, qui aura sa couleur politique et à qui il fera octroyer les fixes de son ennemi.

Est-ce digne du caractère libéral de notre profession que d'obtenir des malades à la faveur et grâce à la nuance politique des puissants du jour ?

Ce mode de nomination entraîne la contrepartie : la *révocation*. Nombreux sont les confrères qui ont dû avoir recours aux soutiens moraux et pécuniaires du « Sou médical », pour se défendre contre des révocations arbitraires. Nous en connaissons des médecins, contre lesquels on a fait une pression considérable, à seule fin de démontrer des fautes professionnelles, justifiant, après coup, une révocation pour des motifs politiques.

Quel contentieux difficile que celui qui consiste à mener la bataille contre la toute puissante administration ! Ici c'est un contrat unilatéral, avec règlement élaboré par le conseil général, arrêté par le préfet et imposé aux médecins nommés par la faveur administrative. Les termes de ce contrat ne sont pas discutables : il faut accepter le règlement en bloc et en totalité.

Puis, si une révocation plus ou moins déguisée, si une diminution de l'étendue de la circonscription vient, en partie, ou en totalité, déposséder le titulaire, devant quelle juridiction aller ?

Devant le conseil de préfecture, qui n'est vraiment pas un tribunal, mais plutôt un prolongement de l'autorité préfectorale. Puis, en appel, devant le Conseil d'Etat. Or, cette haute juridiction est moins un tribunal qu'une administration supérieure, où la procédure est écrite, formaliste, non publique et surtout fort chère. Le médecin qui n'a pas eu la prudence de s'affilier au « Sou médical » reculera devant les frais et les difficultés et se laissera révoquer, n'ayant pour toutes ressources que de maudire le régime césarien, que l'on cherche à décorer du qualificatif de républicain.

Laissons de côté cette lutte du pot de fer contre le pot de terre et envisageons maintenant la question suivante

Comment sont soignés les malades, dans le système au forfait, ou à l'abonnement ?

Bien mal. En effet, la rémunération du médecin, par un forfait ou un abonnement ne répond jamais aux services rendus, car on fait valoir que le docteur, chargé du service de l'A. M. G., dans sa circonscription, est pourvu d'un monopole, puisque, parmi tous les autres docteurs en médecine de la région, il aura seul la faculté de soigner les indigents. Ce droit au monopole se paie par une diminution d'honoraires, eu égard à ce qu'il toucherait normalement, s'il appliquait son tarif ouvrier, selon le nombre de visites faites.

D'autre part, il y a tendance, de la part des maires, à charger la liste des indigents. Au lieu de respecter les termes de l'article 12 de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, qui prévoit que le médecin d'assistance sera appelé lors de la confection de la liste des indigents, par le conseil municipal, jamais les praticiens ne sont convoqués, pour pareille collaboration. Aussi, les maires s'en donnent-ils à cœur joie pour favoriser leurs bons électeurs et rayer impitoyablement leurs adversaires politiques.

D'autres maires sont au contraire très parcimonieux, pour ces inscriptions. Ils préfèrent attendre qu'un indigent tombe malade, pour l'inscrire sur la liste, en vertu de l'article 19 de la loi de 1893. Aussi que de fois le « Sou médical » n'a-t-il pas reçu les doléances de médecins qui se voyaient frustrés de leurs honoraires, parce qu'un de leurs clients était inscrit sur la liste des indigents, à la fin d'une maladie, ou même après guérison, uniquement parce qu'il s'agissait d'une opération, d'un accouchement, ou d'une maladie de longue durée.

Faut-il maintenant insister sur un point que nous connaissons tous fort bien ? Le médecin imposé n'est jamais bien accepté par la clientèle. Nous savons tous que nos malades préfèrent souvent consulter en cachette, le docteur de leur choix, car ils se défient du médecin qui seul a

l'estampille officielle pour guérir les indigents. Que ce soit dans ce service de l'A. M. G. ou pour celui des mutualités, des grandes collectivités ou autres, le phénomène a été si souvent étudié qu'il est inutile d'y revenir.

Mais il en résulte que le client, qui sait que le médecin est payé pour le soigner, s'en donne à cœur joie : on fait appel au praticien à toute heure du jour et surtout de la nuit, car la nuit le médecin est chez lui et viendra sûrement chez l'indigent. Voilà un abus de visites, peu fait pour faire plaisir au médecin, d'autant qu'il constatera bien souvent que ce n'est pas la maladie, mais bien le client gratuit qui est pressé.

Aussi, en résultera-t-il une précipitation dans l'exercice de la médecine. Ces indigents seront à peine examinés, car ils sont trop ; l'ordonnance sera vite rédigée ; ou bien encore, ce client gratuit peut attendre : il passera après les malades aisés qui paient leurs consultations.

Mais, par ce temps de *responsabilité professionnelle,* cette manière de faire nous donne des craintes très sérieuses. L'indigent est l'individu le plus redoutable, car il obtiendra l'assistance judiciaire, pour pouvoir poursuivre son médecin, pour prétendue faute lourde. Qu'il perde son procès, peu lui chaut ; il ne payera rien, puisqu'il n'a rien. Et ce sera encore le docteur qui aura à régler ses frais de procès, même s'il a été acquitté.

Pour parer à cet inconvénient, le praticien se débarrassera de son malade indigent en l'envoyant à l'hôpital. Encore faut-il que cet établissement ait de la place, sans compter la réputation d'incapacité qui progressivement, rejaillit sur le médecin : il ne sait pas bien son affaire, puisqu'il envoie beaucoup de malades à l'hôpital, au lieu de les soigner lui-même. Heureux encore peut-il se croire lorsqu'un jeune externe d'hôpital n'aura pas fait de commentaires désobligeants sur le diagnostic inscrit sur le certificat d'hospitalisation.

Disons enfin que le médecin d'assistance doit, en cas d'absence, se faire remplacer, sinon les frais occasionnés par un médecin appelé à sa place, lui incomberont en totalité. Ainsi en a décidé un jugement du tribunal de paix de Mazières (Deux-Sèvres), en date du 8 juin 1909 (*Concours médical*, 1910, p. 260).

Ce pauvre médecin d'assistance, payé à forfait, médiocrement estimé de sa clientèle, est-il plus heureux du côté de l'administration ?

Non, certes, et pour nous en convaincre, nous n'avons qu'à nous remémorer les accusations nombreuses qui frappent les médecins du service de l'A. M. G. : ils font des abus de toutes sortes et surtout des abus de médicaments. Leurs ordonnances sont trop chargées.

On a bien soin de ne pas convoquer le prétendu délinquant, qui souvent aurait vite fait de démontrer que son ordonnance, jugée trop chère, concernait plusieurs membres d'une même famille, dont le chef seul était inscrit sur les listes de l'assistance.

Parfois, le maire lui-même pousse à la consommation en faveur de ses protégés. « Qu'est-ce que cela peut vous faire, docteur, ce n'est pas vous qui payez ?

Voilà bien des motifs à mauvaise querelle : lorsqu'un médecin d'assistance a cessé de plaire en haut lieu, on a vite fait de l'accuser d'abus pharmaceutiques, pour avoir un motif avouable de révocation.

Cette fonctionnarisation ne doit-elle pas faire peur aux titulaires de ces pseudo-prébendes ? Demain, il sera beaucoup demandé au médecin de l'assistance médicale gratuite. A lui le soin de rédiger gratuitement des certificats pour l'admission des vieillards, infirmes et incurables, au bénéfice de la loi du 14 juillet 1905 ; de même pour la loi du 7 juin 1913, sur les femmes en couches, sans compter l'obligation de l'examen gratuit et du certificat à donner gratis aux jeunes ouvriers de moins de 13 ans, en vertu de l'article 3 du livre II du Code de travail.

En présence de ces inconvénients du forfait, quels sont *les avantages du libre choix et du tarif à la visite* ?

Fini l'arbitraire administratif, qui nomme un médecin à une fonction, moins à cause de ses aptitudes professionnelles qu'à cause de ses opinions et relations politiques.

Finies les craintes de révocation, puisque tous les médecins du département sont tous admis à soigner les indigents.

Fini l'accaparement au profit de quelques-uns, accaparement qui a pour conséquence l'avilissement des prix et la diminution du revenu total pour la profession. En ces temps de pléthore professionnelle, ils sont vraiment coupables ceux qui gardent pour eux seuls une grosse part de la clientèle, pour des sommes modiques, alors qu'ils empêchent certains de vivre à côté d'eux.

Croit-on vraiment que, si dans un bel élan confraternel, les titulaires actuels des circonscriptions d'A. M. G., du département, faisaient une nuit du 4 août, ils auraient beaucoup à en pâtir ? Nous ne le croyons pas : les malades ont d'abord pris l'habitude d'aller chez tel docteur ; ils continueront d'autant plus volontiers que ce médecin ne leur sera plus imposé.

D'autre part, pour la même somme gagnée à la visite — et non plus au forfait —, le praticien aura moins de travail, sera moins réclamé par les indigents, ne sera presque plus dérangé par eux la nuit. En outre, il aura la satisfaction de voir ses confrères gagner leur vie, à côté de lui, sans que son chiffre annuel ait baissé.

Nous pourrions citer maints exemples de la vérité du fait que nous affirmons.

.. Le département aura peut-être un peu plus à payer. Ce n'est pas bien sûr si un contrôle est bien fait, surtout en ce qui concerne l'application de la loi par les maires. D'autre part, les frais d'hospitalisation, qui sont trois fois plus élevés que ceux pour soins à domicile, vont diminuer, car le médecin, bien payé selon ses peines, aura intérêt à garder près de lui l'indigent qu'il pourra soigner.

Et même, le département aurait-il un sacrifice pécuniaire à faire, qu'il n'aurait qu'à s'exécuter. Pourquoi nous seuls, médecins, supporterions-nous le poids de l'application des lois d'assistance et de solidarité sociales ? C'est à la collectivité tout entière et aux différents budgets à payer normalement les frais nécessités par l'application de toutes ces lois nouvelles, qui deviennent de plus en plus nombreuses, vu leur répercussion électorale.

Au reste, un courant d'opinion invincible s'est produit depuis quelques années. Le libre choix du médecin est inscrit en faveur de l'ouvrier blessé, dans la loi sur les accidents du travail ; ces jours derniers encore, la proposition de loi du Dr Dubuisson était reprise par MM. Henri Maitre et Gilbert Laurent, députés, pour que le libre choix soit obligatoire, dans tous les départements, pour l'A. M. G, alors qu'actuellement, il existe déjà dans 58 départements.

Comment parvenir à cette modification ?

C'est une question d'opportunité locale et d'action syndicale. Il faudra, au syndicat, étudier la question, faire un rapport écrit, à fin d'être distribué à chaque conseiller général et au préfet. Il faudra faire pression sur chaque élu cantonal pour qu'il prenne la défense d'intérêts très légitimes de beaucoup de leurs électeurs. Il faut enfin que le conseil de famille du syndicat puisse faire appliquer les statuts et les sanctions, au cas où quelques confrères, soucieux de leur intérêt propre plus que de celui de la collectivité médicale, viendraient à recueillir la succession de ceux qui abandonneraient généreusement ce qu'ils pouvaient considérer comme une situation acquise.

Disons, en terminant, pour calmer les craintes de ceux qui actuellement détiennent une circonscription d'A. M. G., qu'ils gagneront autant qu'avec l'ancien système, qu'ils auront en outre la satisfaction de voir les malades être mieux soignés, puisque ceux-ci auront le droit de choisir leur docteur. Enfin, l'ensemble des praticiens de M. et M. pourra gagner un peu plus, grâce à ce service des indigents, qui ne sera plus l'apanage de quelques persona grata, bien notés en préfecture.

Mais, si quelqu'un croyait devoir conserver son fixe, parce que, pourrait-il prétendre, cela fait partie de la clientèle qu'il a achetée jadis, il lui serait répondu qu'à maintes reprises, les tribunaux ont déclaré illicites les ventes de clientèles médicales et que d'autre part, on ne peut vendre ni acheter ce qui ne vous appartient pas. Or, dans le système actuel départemental, la nomination au poste de médecin de l'assistance est réservée au préfet et nullement au cédant de la clientèle. L'acheteur n'a donc aucun droit, et si la succession aux fonctions de médecin de l'A. M. G. a figuré pour la fixation du quantum de l'indemnité à verser au prédécesseur, ce fut à tort, car le préfet aurait bien pu ne pas nommer l'acheteur comme médecin de l'A. M. G, comme il aurait d'ailleurs le droit de le révoquer demain. Si cette révocation avait lieu, l'acheteur songerait-il à se retourner contre son vendeur ? Non, n'est-ce pas.

Aussi, faisons-nous un chaleureux appel à la solidarité professionnelle pour que notre belle profession soit entièrement libre, dépouillée de toute attache quelconque, sans fonctionnarisation aucune, si minime qu'elle puisse être, et cela pour le bon renom des docteurs, comme surtout pour le plus grand bien de nos malades.

***

A la suite de notre exposé, le Dr Legras, président du syndicat des Vosges, exposa très brièvement, mais très clairement, comment fonctionnait le système dit vosgien, c'est-à-dire au libre choix et à la visite. Très humoristiquement, il fit remarquer le danger de la transformation de notre clientèle. D'individuels, beaucoup de nos malades deviennent collectifs. Or, il faut bien faire remarquer aux conseillers généraux que le bulletin de vote des indigents est identique à celui des électeurs qui paient leur médecin. Ces indigents qui donnent donc un bulletin de vote de 1re classe n'entendent pas recevoir des soins de seconde classe. Tout comme aux autres électeurs, il faut leur donner le droit de choisir librement leur médecin.

Après discussion, il fut décidé qu'un referendum parmi tous les membres du syndicat serait institué, pour savoir s'il y a lieu d'entamer les études et l'action, pour obtenir la substitution du système actuel par celui plus normal et plus digne, appliqué dans la très grande majorité des autres départements.

L'heure étant très avancée, nous passâmes à table et, au dessert, le Prof. Gross, président de l'Association locale, se félicita des relations cordiales qui existaient entre l'Association et le syndicat. Au surplus, il insiste sur la solidarité qui unit tous les médecins quels qu'ils soient, car les membres de la Faculté font la même clientèle que ceux que l'on appelle à tort des praticiens. Tous connaissent les mêmes déboires et ont les mêmes aspirations : aussi n'est-il pas surprenant de voir, au syndicat, que des confrères égaux devant l'étude des intérêts corporatifs.

Puis, le Dr GIRY, président du syndicat, le Dr LEGRAS, président du syndicat des Vosges et nous-même, avons parlé de l'entente nécessaire pour la marche en avant. Un appel à l'énergie a été fait : il faut avoir espoir et confiance en l'avenir. Il faut avoir soi-même la foi pour la communiquer aux indifférents, qui sont allés faire l'ouverture de la pêche. Par conversations particulières, on démontrera aux sceptiques, comme aux découragés, que l'action syndicale est l'avenir. Demain, les syndicats médicaux seront appelés à collaborer avec les pouvoirs publics pour l'application et la modification des lois sociales.

Le rôle du médecin, dans la société moderne, devient de plus en plus considérable. A nous d'en avoir nettement conscience, pour que nous nous mettions à l'étude et pour que nous puissions apporter nos projets de collaboration tout établis.

Comptons sur nous-mêmes et non pas sur les autres groupes. Ce n'est pas au *Concours médical*, journal d'études, à faire de l'action. Celle-ci est l'apanage des syndicats, chacun pour leur sphère locale, alors que les intérêts des médecins de France sont représentés et défendus par l'Union des Syndicats.

Ce n'est pas au « Sou médical » à se substituer aux syndicats pour faire de la défense collective. Le « Sou » n'a comme programme qu'à assurer la défense individuelle de chaque médecin adhérent, puisque la loi du 21 mars 1884 interdit aux syndicats de défendre les intérêts individuels de chacun de ses membres et puisque beaucoup de nos syndiqués n'ont pas en caisse les fonds nécessaires pour faire des procès fort coûteux.

Division des fonctions, entre toutes les sociétés, mais accord quand même pour une direction unique pour la défense professionnelle. Et surtout de l'énergie et encore de l'énergie.

En sortant de table, nous nous sommes rendus à *Nancy-Thermal*, que nous avons pu visiter dans ses détails.

Ce nouvel établissement thermal utilise les propriétés curatives d'une source très abondante. Par l'ingestion de l'eau, par la balnéation, par les massages et les douches, tous les cas de diathèse arthritique seront soignés.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que tous les docteurs de la ville, qui ont donné leur acceptation, sont nommés médecins de l'établissement et pourront soigner librement leurs malades. Nous avons pu nous rendre compte par nous-même que la place avait été laissée très large, pour que l'élément médical soit prédominant dans un lieu destiné à recevoir des malades.

C'est un excellent signe de decentralisation et de libre exercice de notre profession et nous avons été heureux de pouvoir donner nos félicitations personnelles aux organisateurs de cette manifestation d'égalité confraternelle.

Dr Paul BOUDIN.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Compte-rendu du VIe Congrès d'Assistance publique et privée

(1er au 7 juin 1914 à Montpellier).

Section des hospices et hôpitaux.

L'an dernier, nous avons donné (*Concours médical* 1913, p. 2081 et suiv.) le compte rendu du 1er Congrès des commissions hospitalières.

Nous avons raconté comment nous avions été accueilli, moins en collaborateur qu'en adversaire. Et cependant nous avions affirmé le profond désir des médecins d'aider, dans leur tâche, tous ceux qui s'occupaient du bien des pauvres.

Cette année, nous avons participé au Congrès, non encore comme médecin, mais comme délégué d'un petit hôpital de province.

Pour donner plus d'éclat et de publicité aux travaux de l'assemblée, il avait été décidé, l'an dernier, que la réunion des commissions hospitalières coïnciderait, en 1914, avec le VIe Congrès d'Assistance publique et privée, qui aurait lieu à Montpellier, à la Pentecôte.

Voici pourquoi nous avons assisté à des séances générales, où furent discutées des questions importantes ; puis, nous avons suivi les travaux de la section spéciale des hôpitaux, délaissant, à notre très grand regret, la section d'assistance où, cependant, des choses intéressantes pour le corps médical furent étudiées.

Nous donnons ci-dessous le programme du Congrès :

Programme des séances

MARDI, 10 HEURES, ouverture du Congrès, par M. le président Loubet. — I. — Discours de M. le Dr Pezet, maire de Montpellier. Discours de M. A. Tissié, président du Comité local d'organisation. Discours d'un Congressiste étranger. Discours de M. le président Loubet, président du Comité national. Exposé du Dr Truc, secrétaire général du Comité local d'organisation.

A. — SÉANCE GÉNÉRALE. — « Le régime légal et fiscal des Associations de bienfaisance », par M. Hébrard de Villeneuve, président de section au Conseil d'Etat.

B. — SÉANCES SPÉCIALES. — I. *Section des établissements publics de bienfaisance.* — 1. M. Gouachon, inspecteur général des Hospices de Lyon : malades payants ; rémunération des médecins. 2. M. Ginet, secrétaire général des Hospices de Saint-Etienne : uniformité de méthodes pour l'établissement des budgets, comptes moraux, etc. 3. M. Borie : remboursement des frais de séjour de malades de nationalité étrangère. 4. M. Ulmann, maire de Montbéliard : du domicile de secours.

II. *Section d'assistance.* 1. M. Chausse, professeur à la Faculté de Droit de Montpellier : réforme de la loi d'assistance aux vieillards. 2. M. le professeur Gaussel : l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux ; l'hôpital-sanatorium de Montpellier. 3. M. le professeur A. Imbert. L'éducation de l'ouïe chez les aveugles.

MERCREDI, 9 HEURES. — A. *Séance générale.* « Réforme de l'article 1er de la loi du 7 août 1851 (admission dans les hôpitaux des malades français étrangers à la commune), par M. Gignoux, vice-président de la Commission administrative des Hôpitaux de Nîmes

B. — SÉANCES SPÉCIALES. — I. *Section des établissements publics de bienfaisance.* — 1. M. Fabre, bureau d'assistance de Béziers ; relations de la Mutualité et de l'Assistance publique. 2. M. X..., bureau de Bienfaisance de Nîmes : réglementation générale du Droit des Pauvres. 3. M. E. Lemonnier, administrateur du bureau de Bienfaisance d'Angers : Droit des pauvres : I. Protestation contre le projet de loi Berry ; II. Application à des catégories de spectacles actuellement exonérés. 4. M. Levrault, vice-président du bureau de Bienfaisance de Poitiers : habitations à bon marché.

II. — *Section d'Assistance.* — 1. M. le Dr Dumas (de Lédignan). Question des Tours. Le secret médical chez les fonctionnaires assistés. 2. M. le Dr H. Truc, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier : l'assistance des aveugles dans la région de Montpellier. Ecoles pour enfants, ateliers pour adultes, hospices pour vieillards, patronage pour tous ; participation de l'Etat, des départements, des municipalités, des œuvres de bienfaisance.

VENDREDI, 9 HEURES. — A. *Séance générale.* — « L'assistance préventive aux enfants anormaux », par M. le Dr Régis, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

B. — *Séances spéciales.* — I. *Section des établissements publics de bienfaisance.* 1. M. Roussineau, directeur-économe des Hospices de Tours : assurance du personnel contre les accidents. 2. M. Cornu, secrétaire général des Hospices d'Orléans : modification à la loi du 14 juillet 1905. 3. M. Monteuuis, vice-président de la Commission administrative des Hospices de Dunkerque : utilité et rôle des internes dans les Hôpitaux modernes.

I. *Section d'assistance.* 1. M. Cros-Mayrevieille, vice-président de la Commission administrative des Hospices de Narbonne, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique : histoire de l'Assistance dans les Etats du Languedoc. 2. M. le Dr Paul-Boncour : rôle, fonctionnement général et rendement social de l'Ecole préservatrice Théophile-Roussel (fondation du département de la Seine en 1902.) 3. M. le Dr J. Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier : le double devoir social, d'assistance et de défense, vis-à-vis des malades que leur maladie rend dangereux pour la Société. Les insociables dangereux par anomalie psychique devant la loi. 4. M. Grandvilliers (Lyon) : étude critique et projet de révision de la loi du 15 avril 1909. 5. M. Cambillard, inspecteur de l'Assistance publique de l'Hérault. Enfants assistés : rapports entre le placement et la santé

SAMEDI, 9 HEURES. — A. *Séance générale.* « L'assistance aux familles nombreuses », par M. Jean Monod, inspecteur général adjoint au Ministère de l'Intérieur

B. — *Séances spéciales.* — I. *Section des Etablissements publics de bienfaisance.* 1. M. Suberbie, vice-président de la Commission administrative de l'Hôpital-Hospice de Bagnères-de-Bigorre : les commissions administratives. La loi de 1851. Les aliénés. Les malades étrangers. Le prix de journée. Les dix premiers jours de maladie. Circonscriptions hospitalières. Frais funéraires

2. M. le directeur de l'Hôpital-Hospice d'Auban-Moët, près Epernay : Hôpital, malade devenu incurable. Vieillards. Incurables. Allocation du secours et admission à l'Hospice. Hôpital, cas d'urgence. Hôpital-Hospice. Internement des enfants au-dessous de 13 ans, inculpés de crimes ou délits.

II. *Section d'assistance.* — 1. M. Morin, professeur à la Faculté de droit de Montpellier : les fondations ; le problème de leur création et le problème de leur transformation. 2. M. Emile Roy, vice-président du Bureau de Bienfaisance et du Bureau d'Assistance de la Ville d'Arles : études relatives à l'Administration et au régime économique des Etablissements publics de bienfaisance et aux améliorations à apporter dans les divers services d'Assistance obligatoire. 3. M. C. Aussel. Aveugles dactylographes et téléphonistes.

Sur la première question : *le régime légal et fiscal des associations de bienfaisance*, M. Hébrard de Villeneuve, président de section au Conseil d'Etat, a fait un remarquable rapport.

Il demande une modification à la loi de 1901, ou surtout une loi spéciale, permettant d'augmenter l'action de la bienfaisance privée, en permettant aux Associations d'accepter les libéralités et legs de toutes sortes et de posséder des immeubles productifs d'intérêts. En outre, étant donné leur but humanitaire, ces associations devraient être déchargées de la contribution mobilière, pour les locaux affectés à leur fonctionnement ou à leur administration, de la patente, du droit des pauvres. Enfin, le rapporteur demande que le droit de mutation sur les dons et legs faits aux établissements et œuvres de bienfaisance, fixé à 9 % par la loi du 25 février 1901, soit abaissé à 5 %

(*A suivre*). Dr Paul BOUDIN.

CHRONIQUE SYNDICALE

Union syndicale du Doubs.

Extrait du compte rendu de la séance du 11 avril 1914.

1° Compte rendu de la première séance de la commission chargée d'étudier les conditions de la participation du corps médical à l'application des lois sociales :

Le Dr Brunschwig retrace dans quelles conditions il a été appelé à se rendre au Ministère du Travail (propositions à lui faites par M. Métin, ministre du travail ; réunion du Bureau du Syndicat pour l'informer de sa convocation).

Il déclare s'y être rendu pour juger, avant tout, l'esprit de cette commission. D'ailleurs, à son arrivée à Paris, il eut un entretien avec le Dr Lafontaine, secrétaire de l'Union des syndicats médicaux de France, qui le mit au courant de toute sa campagne contre la Commission Chéron. Celle-ci ne devait comprendre que trois médecins ; la commission instituée par M. Métin en comporte six, dont trois non syndiqués (docteurs Netter, Monod, Hartmann et trois syndiqués (docteurs Baillard, Brunschwig et doctoresse Girard-Mangin).

La première séance eut lieu le vendredi matin à dix heures et demie.

Après le discours d'entrée du Ministre, cherchant un terrain de conciliation pour sauvegarder à la fois les intérêts généraux et les intérêts professionnels du corps médical, de manière à ménager aux malades et aux blessés des soins assidus et efficaces, au besoin en s'inspirant des expériences faites chez nos voisins, M. Métin fut appelé d'urgence à la Chambre, et les membres de la Commission restèrent seuls à constater qu'ils n'étaient pas plus avancés qu'auparavant.

Aussi émirent-ils deux vœux :

1° Qu'une élaboration d'un plan de travail fut faite par les bureaux du ministère ;

2° Que la Commission fût augmentée d'un certain nombre de médecins praticiens (ce dernier vœu ayant été proposé par les commissaires non médecins).

Avant de se séparer, les trois médecins syndiqués s'étant aperçu que la Commission serait chargée, entre autres questions, de se prononcer sur des questions d'ordre matériel, intéressant au plus haut point le corps médical, et ne s'en reconnaissant pas le droit, n'étant en rien mandatés par leurs syndicats respectifs, les Docteurs Baillard Brunschwig et la doctoresse Girard-Mangin, adressent leur démission en ce sens.

Le Dr Brunswchig tient à rectifier quelques erreurs contenues dans la lettre de l'Union des Syndicats médicaux de France :

1° L'Assistance médicale gratuite ne saurait être abordée par la Commission. Elle dépend des Conseils généraux et du ministère de l'Intérieur et non pas du ministère du Travail ;

2° Il y a une modification faite par M. Métin à la Commission Chéron, qui ne comprenait que trois médecins, tandis qu'aujourd'hui elle en comporte six ;

3° La Commission n'est pas dirigée contre le corps médical ;

4° Il n'est pas question de tarifs, la première question à traiter est celle sur l'invalidité.

Il rappelle les pourparlers antérieurs de l'Union avec la Commission Chéron, où l'Union demandait :

1° La disparition des médecins non syndiqués ;

2° L'augmentation du nombre de médecins syndiqués ;

3° L'abandon de la question de tarification et d'honoraires, toutes conditions qui lui paraissent excessives.

Enfin, le Dr Brunschwig annonce qu'en présence de la démission des trois médecins syndiqués, M. Métin a l'intention de s'adresser à des Syndicats médicaux en particulier, il a chargé le Dr Brunschwig de demander à notre Syndicat de lui désigner trois noms parmi lesquels il s'engage à choisir par rang d'ordre, soit un, soit deux délégués.

La discussion est ouverte.

Chacun s'accorde à rendre hommage à l'attitude très correcte du Dr Brunschwig et des deux autres confrères syndiqués qui, avec lui, ont décliné toute responsabilité vis-à-vis de leurs Syndicats respectifs.

Le Dr Ledoux qualifie de regrettable l'attitude de l'Union des Syndicats médicaux de France ; n'aurait-elle pas dû, en effet, se montrer moins intransigeante, et accepter de déléguer à la commission, des médecins qui eussent été à même : 1° de désigner le nombre des représentants ; 2° de discuter les tarifs, en un mot d'imposer peut-être ses conditions.

Le Dr Sexe voudrait voir figurer dans cette Commission au moins douze médecins praticiens, représentant le tiers de la commission, au lieu de six, c'est-à-dire le sixième, choisis et mandatés par leurs pairs, dans leur région ou dans un groupement important plutôt que par quelques syndiqués isolés.

Sera-ce l'Union des Syndicats médicaux, l'Association générale des médecins de France, ou le prochain Congrès des Praticiens qui devra faire cette désignation, ainsi que le propose le Dr Baigue ?

Le Dr Chapoy fait remarquer que l'Union des Syndicats médicaux n'hésite pas dans son *Bulletin officiel* à ne reconnaître que des médecins syndiqués toujours mandatés par l'Union.

La question de l'affiliation de notre Syndicat

local à l'Union des Syndicats médicaux est un instant envisagée et débattue entre de chauds partisans et d'irréductibles adversaires.

Toujours est-il que le Syndicat du Doubs veut donner une réponse à la demande du Ministre.

Le Dr Liautey juge la proposition assez grave pour qu'une Assemblée générale soit convoquée d'urgence. D'autres parlent de vote par correspondance. En définitive, le Bureau est chargé de se réunir le lundi 20 courant, à huit heures et demie du soir, chez le Président.

Ses propositions seront soumises à tous les membres du Syndicat qui dicteront la réponse à faire connaître au Ministre. Oui ou non, doit-on lui soumettre la liste de trois membres qu'il réclame ?

AUTOMOBILISME PRATIQUE

La contravention au vol

Comme suite à l'article du Dr Plantier, d'Annonay, que nous avons reproduit dans notre numéro 20, page 1410, et conformément à la promesse faite en note à la fin de cet article, nous reproduisons ci-après un jugement du Tribunal de simple police de Honfleur, relevant des fins de la poursuite un automobiliste victime d'une « contravention au vol ».

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE DE HONFLEUR

6 *décembre* 1912

Attendu que le 9 août 1912, le sieur U. a été l'objet d'une contravention pour excès de vitesse automobile ;

Attendu que le prévenu a nié la contravention et mis en doute l'exactitude des moyens employés par les agents verbalisateurs pour la constater ;

Attendu qu'il résulte de l'enquête ordonnée par le tribunal et qui a eu lieu à la date du 26 novembre dernier, que les agents verbalisateurs en surveillance spéciale sur la circulation des automobiles se placent tous deux à cent mètres de la borne 0 k. 9 sur la route nationale n° 180 de Honfleur à Rouen et qu'ils sont ainsi à 600 mètres de la borne 1 k. 4 qui leur sert de point de départ pour la mesure du temps employé par les automobiles à franchir la distance de 500 mètres entre les deux bornes 1 k. 4 et 0 k. 9.

Attendu que la borne 1 k. 4 distante de 600 mètres du poste d'observation des agents verbalisateurs n'est pas visible de ce poste, d'autant qu'elle est placée au delà du sommet d'une montée de la route ; attendu conséquemment qu'il nous paraît difficile, sinon impossible, de pouvoir affirmer à quel moment précis l'automobile observée passe à la hauteur de la borne 1 k. 4, point de départ de la mesure du temps ;

Attendu, ainsi que cela s'est produit au cours de l'enquête, que l'encombrement de la route par d'autres voitures est également susceptible de fausser cette appréciation ;

Attendu, d'autre part, que les agents verbalisateurs se sont servis pour la mesure du temps d'une montre à secondes.

Attendu que sans vouloir décider si la montre à secondes est ou non un instrument de précision, il ne nous paraît pas possible, en raison de ce qui précède, de faire une observation exacte du moment précis qui sert de point de départ à la mesure du temps au passage de l'auto ;

Attendu qu'en pareille matière la précision absolue nous semble s'imposer, puisqu'une différence de quelques secondes dans la mesure du temps peut mettre la vitesse en deçà ou au delà des limites permises par la loi ;

Attendu que sans mettre en doute la bonne foi des agents verbalisateurs, il résulte de tout ce qui précède que la méthode employée ne nous paraît pas suffisamment exacte, qu'il en résulte conséquemment un doute dans l'esprit du juge, que ce doute doit profiter au prévenu.

Par ces motifs,

Statuant en premier ressort,

Relaxe U. des fins de la poursuite du Ministère public sans dépens.

Dans le même ordre d'idées, nous avons relevé dans la Revue mensuelle de juin du « Touring-Club de France » l'analyse ci-après :

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE DE PARIS

23 *janvier* 1914

(*Gazette des Tribunaux*, 24 janvier 1914.)

Les propriétaires d'automobiles ont maintes fois signalé les inconvénients des contraventions « au vol ». Un agent prend le numéro de la voiture qui passe et, par l'effet de la concordance de ce numéro, parfois inexactement relevé, avec le nom d'un propriétaire, celui-ci est rendu responsable d'une contravention à laquelle il est absolument étranger. C'est ainsi qu'un industriel avait été condamné le 29 décembre 1913 à 10 francs d'amende et un jour de prison en vertu de l'article 475, paragraphe 4, du Code pénal.

L'affaire étant revenue sur opposition devant le Tribunal de simple police de Paris, l'agent du procès-verbal a été entendu et s'est trouvé dans l'impossibilité de fournir une description précise de la voiture dont il avait relevé l'allure exagérée.

Dans ces conditions, le Tribunal a renvoyé l'industriel des fins de la poursuite.

Cette petite affaire indique à ceux qui auraient été indûment visés par l'effet d'une contravention « au vol », le moyen pratique d'échapper à ses conséquences ; en se présentant en justice et en exigeant de

l'agent verbalisateur des précisions sur la forme et la couleur de la voiture objet du procès-verbal, ils pourront, dans la plupart des cas, faire reconnaître par le juge le bien-fondé de leur dénégation

Nous ne pouvons que donner notre approbation à ces deux décisions, qui mettent au point la force probante des procès-verbaux de contraventions.

Le juge de simple police de Honfleur a fait preuve, en l'espèce, d'autant de perspicacité et d'équité que de science juridique. Il a évité, en effet, en procédant à une enquête préalablement ordonnée par lui, que sa décision puisse être attaquée pour défaut des formes admises par la loi et la jurisprudence dans l'administration de la preuve contraire. En effet, le juge n'a pas le droit de fonder sa décision sur la connaissance personnelle qu'il peut avoir des faits, sur des renseignements particuliers qui lui auraient été fournis hors de l'audience, ou même pris par lui dans un transport sur les lieux effectué hors la présence des parties et sans avoir été ordonné dans un jugement d'avant dire droit.

Quant au juge du Tribunal de simple police de Paris, il a reconnu que, en fait, la désignation de la voiture dans le procès-verbal pouvait être considérée comme insuffisante et que cette insuffisance, qui n'était pas couverte par les souvenirs de l'Agent verbalisateur, créait un doute qui devait profiter au prévenu.

J. D.

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Faculté de médecine de Lille. — Le 17 mai dernier, a eu lieu dans une des salles de l'Hôpital Saint-Sauveur, à Lille, une touchante manifestation en l'honneur du docteur Lemoine, professeur de Clinique médicale à la Faculté, à l'occasion de son vingt-cinquième anniversaire d'enseignement. Ce jour-là lui fut remis par le Professeur Déléarde, au nom de tous ses anciens élèves, son portrait admirablement brossé par le maître lillois Pharaon de Winter. A cette fête qui avait gardé un caractère tout à fait intime, étaient venus la plupart des professeurs et agrégés de la Faculté de Médecine et un grand nombre de praticiens de la région du Nord, qui n'avaient pas craint de délaisser pour un jour leurs occupations professionnelles pour venir affirmer à leur ancien maître qu'ils se souvenaient toujours des leçons et des conseils qu'ils en avaient reçus.

Plusieurs discours furent prononcés : par les Professeurs Curtis, E. Gérard et Déléarde, le Docteur Hennart, administrateur des Hospices. Tous célébrèrent les qualités du Maître qui, par ses travaux scientifiques et de thérapeutique appliquée, sut affirmer en France et à l'étranger le bon renom de la Faculté de Médecine de Lille.

— Le Musée médical historique Wellcome. — Le Musée médical historique, fondé par M. Henry S. Welcome en connexion avec le XVIIe Congrès international de médecine a été rouvert le 28 ma comme institution permanente à Londres. Il porte maintenant le nom de « Musée médical historique Wellcome », et est ouvert tous les jours de 10 heures du matin à 9 heures du soir, avec fermeture le samedi à 1 heure de l'après-midi ; entrée au 54 A. Wigmore Street, Cavendish Square, Londres W.

Depuis la fermeture en octobre dernier, les collections du musée ont considérablement augmenté et ont été complètement réarrangées. Beaucoup d'objets importants et intéressants ont été ajoutés, ce qui, nous l'espérons, accroîtra l'utilité du Musée pour ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine. Les membres du corps médical et des professions qui s'y rattachent sont admis sur production de leur carte de visite. Des billets d'admission seront accordés aux personnes que le sujet intéresse, sur demande adressée an conservateur et accompagnée d'une introduction provenant d'un médecin enregistré. Les dames ne seront admises que dans le cas où un médecin les accompagnera.

— Les femmes et la campagne antialcoolique. — M. Barthou, dans la conférence si applaudie qu'il improvisa dernièrement à la *Vie féminine*, signalait tout l'intérêt qu'il y aurait à admettre les femmes dans les conseils municipaux, et il disait notamment que leur concours serait précieux pour mener à bien la campagne anti-alcoolique.

L'Illinois nous donne aujourd'hui la preuve de l'exactitude de cette assertion. En effet, dans cette province américaine où les femmes viennent d'être admises à voter, elles se sont prononcées nettement pour la fermeture de mille cabarets de la banlieue de Chicago ; 70 % d'entre elles ont témoigné la volonté d' « assécher » les villes dont elles sauvegardent les intérêts municipaux. Par contre, les hommes ont voté pour le maintien de ces mêmes cabarets. Mais ce que femme veut...

— A l'Exposition internationale de Lyon. — Conférence de thérapeutique thermale. — Une série de conférences thermales doit être donnée, on le sait, à l'occasion de l'exposition internationale de Lyon.

Ces conférences ont été organisées sous l'inspiration des présidents de la section des établissements thermaux et eaux minérales, par un comité placé sous la présidence de M. le docteur Pic, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce Comité est ainsi constitué : M. le professeur Albert Robin ; M. le docteur Barbier, médecin des hôpitaux de Paris ; M. le docteur Bardet, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie de Paris.

A Lyon : MM. les professeurs Pic, président ; Renaut ; Weill ; Jules Courmont, commissaire géné de l'Exposition ; Roque ; Paul Courmont ; Nicolas ; Jean Lépine ; MM. les médecins des hôpitaux Cade, professeur agrégé à la Faculté de médecine ; Mouisset ; Gallavardin et Bonnamour.

Ces conférences seront données de 6 à 7 heures, dans la salle des conférences de l'exposition de Lyon elles seront illustrées par des projections.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 29 Dimanche 19 Juillet 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'élection d'un rebouteur.

J'ai rencontré hier un de nos confrères et amis très versé dans les choses de la politique :

— Eh bien ! lui dis-je, quelle nouvelle nous apportes-tu ?

— Le groupe médical interparlementaire est reconstitué sous la présidence du vénérable sénateur, Dr Léon Labbé, annonçent les *Gazettes*.

— Ah ! Quel en est le secrétaire ?

— J'ignore, sans doute un nouveau député ? Peut-être est-ce M. Sibuet ?

Et mon ami esquissa un sourire ironique.

« — Sibuet ! Je ne connais pas ce confrère.

— Confrère ! hum ! non, pas confrère. Mais c'est un député quand même, et un député qui doit son mandat à l'exercice de la médecine. Il vient de Savoie et représente l'arrondissement d'Albertville.

— Tu m'intrigues. Conte-moi donc l'histoire de ce M. Sibuet, toi qui es toujours bien renseigné.

Mon ami prit l'air important du Monsieur pour qui la politique n'a pas de secrets et continua :

« — Comme le dit la vieille chanson.

> Monsieur Sibuet, n'est pas agrégé ;
> Il n'a ni cordons, ni grades.

Cela ne l'empêche pas d'exercer la médecine.

Mais, tandis que nous, misérables docteurs, l'exerçons pour vivre comme une simple profession, un vil métier, M. Sibuet l'exerce noblement, comme un sacerdoce.

Nous avons péniblement appris, je ne dis pas à guérir mais simplement à soigner des malades en faisant de longues études à la Faculté. M. Sibuet, lui, sait les guérir, et cela en vertu d'un don naturel. Comme pour le tambourinaire de Daudet : Ça lui est venu de nuit en entendant chanter le rossignol.

Avec un pareil don, M. Sibuet ne pouvait être que fort populaire. Aussi devint-il conseiller général ?

Nos confrères de Savoie eurent la naïveté de le poursuivre. Par trois fois, il dut s'asseoir sur les bancs du Tribunal correctionnel, et il y récolta chaque fois 16 francs d'amende.

Comme toujours, ces poursuites accrurent sa popularité. Quelques prêtres, amateurs de merveilleux, et que la repression de l'exercice illégal de la médecine inquiétait sans doute pour eux-mêmes, conçurent le projet de faire du rebouteur un député. Pourquoi pas ? la reconnaissance publique a bien dans quelque coin de la Lozère, élevé une statue à l'un de ses pareils (1). Quelques industriels bien pensants,

(1) A Nasbinals (Lozère) un monument a été élevé, il y a quelques années, sur la place publique au rebouteur Brioude.

vinrent à la rescousse et M. Sibuet fut proclamé leur candidat.

Il incarna dans ce coin de Savoie le conservatisme social.

On usa de tous les procédés habituels aux politiciens pour le faire élire, en y ajoutant quelques autres moyens dont voici un échantillon que je trouve délicieux. M. Sibuet, disaient en propres termes ses agents électoraux aux bons citoyens qu'ils jugeaient pourvus de l'intellect spécial, nécessaire pour être impressionné par l'argument, M. Sibuet est persécuté par les médecins, il ne peut plus vous soigner. Il risque trop et, malgré son humanité, de vous bien connue, il doit, le cœur très gros, refuser de vous guérir. Faites-en votre député. A l'abri de l'immunité parlementaire, il viendra vous prodiguer ses soins. En outre la facilité qu'a tout député de voyager sans frais, jointe aux 15.000 francs d'indemnité, lui permettra de venir souvent dans le pays et de se montrer superbe et généreux.

Et ce raisonnement a pris, et M. Jean Sibuet par 4.278 suffrages contre 4.113 donnés à M. Félix Chautemps, a été élu député d'Albertville.

N'avais-je pas raison de te dire que M. Sibuet devait son mandat à l'exercice de la médecine, exercice illégal, il est vrai, et que son mandat de député allait, au moins dans l'esprit de ses électeurs, lui permettre d'exercer.

Dans ces conditions, ne serait-il pas logique de nommer secrétaire du groupe médical interparlementaire ce médecin irrégulier mais dont la situation est unique, car il est député parce que médecin, et sera désormais médecin parce que député.

— Tu as l'imagination vive, répondis-je à mon ami. Il n'est pas douteux que M. Jean Sibuet, rebouteur éminent, ait été élu député d'Albertville. Mais tu vas un peu loin quand tu me dis qu'il a été soutenu par le clergé et que les industriels de sa région ont tout fait pour son élection. Tu as tort de vouloir mettre toujours en cause le spectre clérical et l'épouvantail patronal. Avec cette manie sectaire on finit par ne plus vous prendre au sérieux, toi et tes amis, les prétendus démocrates avancés. »

Mon ami sourit, et pour toute réponse, sortit de sa poche un volumineux numéro du *Journal officiel de la République française*, daté du 8 juillet 1914.

« Lis, me dit-il simplement. »

Le Journal était ouvert à la page 2737 et donnait le compte rendu de la séance du 7 juillet 1914 de la Chambre des députés.

J'y trouvais le rapport de l'honorable M. Accambray sur l'élection d'Albertville.

Certains passages de ce rapport étaien marqués au crayon bleu et j'y lus :



« Des avantages spéciaux ont été consentis par un agent de la Séquanaise qui a reculé la date ordinaire de la présentation de ses quittances en promettant de ne pas en réclamer le montant si M. Sibuet était élu.

Enfin, M. Paul Girod, grand industriel à Ugine, aurait offert à un conseiller général, le docteur Sondaz, une somme forfaitaire de 30,000 fr. et une indemnité mensuelle de 500 fr. pour faire campagne et se présenter aux élections législatives contre M. Félix Chautemps.

Le docteur Paul Sondaz en aurait fait lui-même la déclaration à M. F. Chautemps en affirmant qu'il avait refusé.

Il aurait d'ailleurs fait campagne contre M. Chautemps, aurait même déclaré, mais finalement retiré sa candidature.

Ces faits sont établis par des attestations, aux signatures légalisées.

Mais les faits de corruption qui ont paru de beaucoup les plus graves sont ceux qui ont trait aux promesses faites par M. Sibuet, en raison d'un don spécial que la crédulité publique lui attribue.

Il est établi, en effet, que M. Jean Sibuet est un rebouteux qui, de son aveu même, fut condamné à quatre reprises pour exercice illégal de la médecine.

Or au cours de sa tournée électorale, dans les propos tenus aux électeurs et spécialement dans les réunions qu'il a faites et dont aucune d'ailleurs ne fut publique, M. Jean Sibuet aurait affirmé que s'il était élu, il pourrait de nouveau « rhabiller » librement, c'est-à-dire pratiquer l'exercice illégal de la médecine à l'abri de l'immunité parlementaire, et qu'il consentirait enfin à soigner gratuitement les malades, au premier appel desquels il répondrait, grâce à son indemnité parlementaire et aux facilités de transport en chemin de fer dont il bénéficierait.

Ses partisans auraient fait en son nom les mêmes déclarations et les mêmes promesses.

Un grand nombre d'attestations aux signatures légalisées sont produites à l'appui de ces affirmations.

Enfin une preuve plus convaincante encore en est donnée par une circulaire autographiée versée au dossier, circulaire émanant d'un « Comité catholique républicain », qui fait explicitement des promesses de rhabillage au nom de M. Sibuet.

« ... On dit encore : Il a refusé de soigner des malades? C'est vrai, mais après avoir été à plusieurs reprises condamné par les tribunaux pour exercice illégal de la médecine, payé des amendes formidables, etc. Rien de surprenant qu'il ait refusé de soigner dans certains cas où il avait gros à risquer, mais toutes les fois

qu'il l'a pu, il est venu au secours de ses chers malades, et il le fera encore bien mieux quand, une fois élu député, il pourra obtenir la permission d'exercer la médecine. Chaque semaine, avec la circulation gratuite accordée aux députés, il pourra venir au milieu de vous et vous rendre bien des services. »

Tels sont les termes mêmes de ladite circulaire.

Il peut paraître invraisemblable que de telles promesses aient été prises au sérieux et qu'elles aient exercé une grande influence sur le résultat des élections.

Mais il faut tenir compte de la crédulité naïve d'une grande partie des populations de la circonscription.

Une lettre d'un médecin d'Albertville est édifiante sur ce point.

« ... Vous savez, dit-il, que les victimes de Sibuet ne veulent pas être des victimes et sont toujours enchantées du résultat... »

« ... Des blessés qui ont des coudes ankylosés, des raccourcissements énormes des membres, des impotences fonctionnelles, il en existe des tas, mais ils sont quand même contents... »

« ... Quant aux ordonnances... vous savez que jamais Sibuet n'écrit lui-même, il fait écrire sous sa dictée par la personne qui consulte. Mais comme les ordonnances sont toujours les mêmes pour toutes les maladies, les pharmaciens savent bien d'où vient la source... »

Spécimen d'ordonnances citées par ce médecin :

« Faire cuire dans l'huile six vers de terre, 10 gr. de millepertuis. »

pour frictions.

« Faire infuser des cloportes dans l'eau.

A boire matin et soir.

6 kilogr. de tripes à faire cuire dans du petit lait. »

pour le bain.

« Laver les yeux malades avec de l'urine fraîche? »

Pression cléricale

Les prêtres se sont jetés dans la lutte avec une grande ardeur, incités à le faire par la lettre pastorale que tout le monde connaît.

Ils ont employé tous les moyens de pression dont ils disposent du fait de l'exercice de leur ministère.

La circulaire déjà signalée, qui se donne comme émanant d'un comité catholique républicain, est manifestement l'œuvre de prêtres: le style même le révèle.

Mais le clergé ne s'en est pas tenu là.

Dans une commune, à Chaucisse, une mission dirigée par un chanoine assisté, chaque jour, de plusieurs prêtres de la région, a endoctriné les paroissiens pendant les quinze jours qui précèdent le premier tour de scrutin..

....

Presse patronale,

Les usiniers de la région et spécialement le directeur des importantes usines d'Ugine, ainsi que ses chefs de services ont cherché par promesses et menaces à influencer le vote des ouvriers.

Un ingénieur de l'usine, officier supérieur de l'armée territoriale, a eu l'imprudence de le confesser à un chef de bataillon de l'armée active dont il ignorait les liens d'amitié avec M. Félix Chautemps.

Ce commandant, après avoir fait part à son interlocuteur de sa méprise, avisait aussitôt son ami des propos compromettants qui lui avaient été tenus. Sa lettre est jointe au dossier.

Nombre de déclarations aux signatures légalisées attestent la pression patronale.

Le samedi, 9 mai, veille du ballottage, la paie était faite aux usines Girod en avance de deux jours sur la date habituelle, et des bulletins au nom de M. Sibuet étaient remis par des agents du directeur dans le bureau même où elle s'effectuait.

Le directeur lui-même et ses amis reprochent à certains employés d'être partisans de la candidature Chautemps : « Vous devez soutenir ceux qui vous payent, dit-il. »

Il y eut des menaces de renvoi dont certaines paraissent avoir été mises à exécution...............

Après en avoir pris connaissance, le 8e bureau a entendu successivement, puis contradictoirement, M. Jean Sibuet et M. Félix Chautemps.

Les réponses de M. Sibuet à toutes ces articulations ont été ou négatives ou évasives. M. Sibuet s'est en somme borné à demander un long délai pour les contredire.

Quant à M. F. Chautemps, il a maintenu énergiquement ses accusations et sans s'opposer à ce qu'un délai fût accordé, a demandé que, du moins, la Chambre fût appelée à statuer avant sa séparation.

Un délai de quelques jours ayant été consenti, M. Sibuet a réuni à son tour un dossier de documents assez volumineux.

De ces documents, il résulterait qu'un grand nombre d'allégations contenues dans le dossier de M. Chautemps seraient contredites par des attestations portant des signatures également légalisées.

M. Sibuet n'aurait ni promis ni distribué de l'argent. Le propos attribué au docteur Sondaz, conseiller général, serait désavoué et les faits relatifs à la Séquanaise démentis.

M. Sibuet n'aurait pas promis le rhabillage dans ses réunions et se serait depuis 1905 interdit tout conseil médical, hors la présence d'un médecin

Enfin il n'y aurait pas eu de pression patronale, un grand nombre de signatures d'ouvriers prétendraient en faire foi et attester en outre que si un certain nombre d'entre eux ont chômé le lundi 11 mai, le lendemain de l'élection, ce jour de repos ne leur fut pas payé.

Par contre, à la charge de M. Chautemps et de ses amis, seraient relevés des promesses, des menaces diverses et des actes de pression administrative.

De l'examen contradictoire des deux dossiers et d'une seconde audition de MM. Chautemps et Sibuet entendus successivement, le 8e bureau a conclu que

si une grande partie des faits allégués par M. Chautemps pouvaient être contredits de façon plus ou moins heureuse, il n'en demeurerait pas moins à la charge de M. Sibuet, ou de ses amis certains actes répréhensibles qu'il est impossible de nier, et spécialement une imputation de corruption des plus graves.

....

Corruption. — *Enfin nous arrivons à l'action de corruption la plus grave.*

*M. Sibuet, avec une bonne foi qui l'honore et à laquelle il faut rendre hommage, n'a pas nié, en effet, qu'il avait fait valoir aux électeurs les facilités que lui donneraient pour l'exercice du rhabillage à leur profit, son élection à la Chambre, l'*immunité parlementaire *et les avantages matériels qui seraient attachés à sa nouvelle qualité.*

D'autre part, les journaux et affiches qui ont signalé les services de cette nature rendus par M. Sibuet n'ont nullement parlé d'un médecin assistant et ont nettement reconnu l'illégalité de ses pratiques.

Ainsi, voici un citoyen qui a sollicité et obtenu un mandat électif dans le but de pouvoir tout à son aise commettre un délit dont ses électeurs ont espéré tirer profit.

Notons-le ; il ne s'agit pas seulement ici de moralité politique, mais du respect élémentaire des lois de droit commun.

Considérer avec indulgence de tels abus, serait consentir à l'avance à la corruption de la vie sociale même.

Au regard de ce grief, les actes de diffamation et de pression patronale et cléricale sont apparus à votre bureau d'importance relativement minime.

Sans aucun doute l'action qui s'est exercée de ce chef a dû être grande sur nombre d'esprits crédules de la circonscription.

Répondra-t-on à ces griefs, comme a tenté de le faire M. Sibuet, que des actes également critiquables peuvent être reprochés à M. Chautemps ou à ses partisans ?

Mais les fautes, les délits commis par un parti ne sauraient absoudre les fautes, les délits commis par l'autre. La Chambre n'a pas à juger lequel de M. F. Chautemps ou de M. J. Sibuet est le plus digne de représenter la circonscription ; elle a seulement à apprécier si l'élection s'est faite conformément à l'esprit et à la lettre de la loi.

Invalider l'élu provisoire, ce n'est pas proclamer élu son concurrent, c'est seulement appeler un collège électoral qui fut abusé et dont la décision paraît avoir été faussée, à se prononcer de nouveau, sans préjuger en rien du résultat définitif.

Dans la circonstance présente, M. Jean Sibuet ne l'a d'ailleurs emporté sur M. Félix Chautemps que de 165 voix, et il eût suffi d'un déplacement de 83 voix pour changer les résultats de l'élection.

En conséquence, en présence de la gravité des faits relevés, votre 8e bureau vous propose de conclure à l'invalidation de M. Sibuet, député de la circonscription d'Albertville, dont l'élection est due à des faits de pression et de corruption dûment établis. »

***

Ma stupéfaction était profonde.

Je rendis à mon ami son numéro de l'*Officiel*, ne trouvant rien à lui objecter. Il le prit, le mit dans sa poche, me tendit la main et me quitta, sans un mot, en m'adressant un sourire à la fois triomphant et narquois.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. agrégé Castaigne.

Cirrhose hypertrophique veineuse.

J'ai fait venir, pour vous les présenter, quatre malades que les hasards de la clinique ont réunis à la consultation de l'hôpital cette semaine. Ils sont atteints d'une même affection, d'une cirrhose hypertrophique veineuse, avec un degré d'ascite plus ou moins accusé. Le fait de pouvoir grouper en peu de temps quatre cas d'une maladie indique déjà que cette maladie n'est pas rare. Une autre particularité m'incite à prendre ce sujet pour objet de ma leçon : je veux parler des discussions étiologiques qui ont été soulevées récemment à propos de la cirrhose hypertrophique et dont je me propose de vous dire quelques mots. Nous verrons si nous trouvons chez nos malades une étiologie unique. A cette occasion, nous aurons à discuter les causes de la maladie en question.

La cirrhose hypertrophique veineuse a été décrite à la suite des travaux de Charcot. Charcot avait scindé les cirrhoses en deux groupes, à savoir : les cirrhoses veineuses atrophiques, sans ictère (cirrhose de Laënnec) et les cirrhoses hypertrophiques avec ictère. Puis, d'autres travaux — ceux de Hanot et Gilbert principalement — vinrent établir qu'à côté de la cirrhose de Laënnec, il y avait une cirrhose hypertrophique veineuse d'origine également alcoolique. La maladie dont nous nous occupons est donc

une affection bien connue. Mais elle est devenue ces temps derniers l'objet de recherches nouvelles portant sur son étiologie ; après avoir longtemps vécu sur la notion de son origine éthylique, on a voulu l'attribuer à la tuberculose et à la syphilis. Nous aurons à envisager ce qui, dans la cirrhose hypertrophique veineuse, peut être rapporté à l'alcoolisme, à la tuberculose et à la syphilis.

Voyons d'abord les symptômes cardinaux de la maladie. Je ne vous présenterai pas l'histoire clinique entière de nos quatre patients. Je prendrai seulement les points principaux rencontrés chez chacun d'eux et les particularités de leurs cas respectifs.

Un symptôme essentiel de la cirrhose hypertrophique veineuse est l'augmentation de volume du foie, qui est considérable. Chez nos malades, le foie déborde les fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt. Chez une femme, dont l'ascite est légère et l'abdomen atteint d'éventration, nous avons pu palper le foie, que l'on trouve dur, granuleux, à bord épaissi. L'augmentation de volume du foie ne saurait manquer.

Chez nos malades, nous avons, par la percussion, constaté une hypertrophie de la rate. Chez la femme ayant de l'éventration, la rate est perçue dure, débordant le bord inférieur des fausses côtes. C'est là encore un signe habituel dans la cirrhose hypertrophique veineuse.

L'aspect du ventre mérite d'être signalé. On note ordinairement une circulation veineuse collatérale que vous pouvez apercevoir, très marquée, dans un de nos cas. Vous voyez, chez ce malade, à la partie médiane et latérale droite, surtout, de la paroi abdominale, des cordons veineux saillants sous la peau. Ce symptôme est également habituel dans la cirrhose hypertrophique veineuse et on doit l'y rechercher.

Lorsque vous examinez l'abdomen, vous êtes généralement frappés de son augmentation de volume. La saillie du ventre s'étale au niveau des flancs, dans le décubitus dorsal. Elle est due à de l'ascite, symptôme habituel aussi, mais qui peut manquer. Alors que trois de nos malades ont de l'ascite, la quatrième n'en a pas ou plutôt en a peu. Toutefois, cette femme a eu de l'ascite. Elle est entrée, en effet, une première fois à l'hôpital, en 1912, dans le service de M. Debove, où on lui a fait une ponction de l'abdomen et retiré 7 litres de liquide. Elle est revenue six mois plus tard pour être à nouveau ponctionnée. Elle a encore aujourd'hui, d'ailleurs, une faible quantité de liquide dans la cavité péritonéale.

On constate parfois dans cette affection une hernie siégeant à l'ombilic. Elle tient à la fragilité de la paroi abdominale en ce point. Une de nos patientes offre ce symptôme avec une complication. Chez elle, les pressions les plus énergiques n'amènent pas la rentrée du liquide ; la hernie est irréductible, ce qui n'est pas la règle en pareil cas. Je vais vous indiquer immédiatement quelles peuvent être les conséquences de ce défaut de réduction. Il peut se faire, d'abord, que si l'intestin est compris dans le sac, il y ait étranglement herniaire. De plus, il peut se produire un éclatement de la paroi, comme je l'ai vu une fois à la suite d'une hypertension du liquide. Il s'ensuit une fissure d'où s'écoule du liquide, et qui est susceptible de s'infecter. Notre malade est donc exposée aux divers accidents dont je viens de parler. Nous lui conseillerons, pour les éviter, de se faire faire une cure radicale de sa hernie, qui pourra être pratiquée à l'anesthésie locale. L'opération servira, par la même occasion, de ponction et permettra l'écoulement du liquide ascitique.

Vous noterez encore que l'évolution de la cirrhose hypertrophique veineuse est plus lente que celle de la cirrhose atrophique. Quand un patient atteint de cirrhose atrophique de Laënnec entre à l'hôpital pour se faire ponctionner son ascite, il est rare qu'il en sorte, parce que l'ascite se reproduit alors facilement, et que les ponctions répétées (sortes de saignées blanches) affaiblissent le sujet. Des infections surajoutées peuvent venir, en outre, aggraver la situation Eh bien, chez les malades que nous avons ici, l'évolution a été tout à fait différente. La femme dont je parlais tout à l'heure, par exemple, qui a été ponctionnée deux fois à l'hôpital Beaujon, nous le montre bien. Nous ne savons pas exactement quand a commencé sa cirrhose hypertrophique, car, avant l'ascite, il y a eu une période qui est restée cliniquement latente ; mais, prenant le début avec l'ascite, nous voyons que l'évolution a déjà été longue puisque la première ponction date de 1912, la seconde de six mois plus tard, et qu'actuellement l'ascite est légère.

L'évolution de la cirrhose hypertrophique est donc très différente de celle de la cirrhose atrophique. Les ponctions sont éloignées et même on voit des cas où le liquide semble disparaître et la cirrhose semble guérir. A la vérité, il y a seulement guérison de l'ascite

Les malades sont exposés à certains accidents. Il existe dans la cirrhose hypertrophique une gêne de la circulation portale, avec, comme conséquences possibles, des hémorrhagies intestinales. Ne croyez pas qu'une fois l'ascite disparue, la maladie est guérie. Non, il reste du tissu scléreux dans le foie, d'où hypertension portale quelquefois et hémorrhagies intestinales. L'ascite n'est donc pas tout et sa disparition n'indique pas la guérison de l'affection.

Nous pouvons résumer en quelques mots la symptomatologie de la cirrhose hypertrophique veineuse. Elle comporte une hypertrophie plus ou moins considérable du foie, qui est dur et granuleux, une hypertrophie de la rate, une circula-

tion veineuse collatérale, de l'ascite, et des phénomènes d'hypertension portale. En outre, sa marche est moins grave que celle de la cirrhose atrophique de Laënnec ; avec un régime convenable, elle peut être compatible avec une survie longue, réserve faite que la guérison ne s'obtient pas complètement et que les malades restent exposés aux hémorrhagies intestinales.

Ne croyez pas néanmoins que la concomitance d'un gros foie et de la symptomatologie dont je viens de parler vous autorise à porter constamment le diagnostic de cirrhose hypertrophique veineuse bénigne. Nullement. A côté de ces formes, il y a des cirrhoses hypertrophiques veineuses à marche rapide. Ce sont les cirrhoses graisseuses, les cirrhoses hypertrophiques malignes difficiles à différencier au début, dont vous devez connaître l'existence pour ne pas, quand vous serez en présence d'un gros foie avec ascite, dire toujours qu'il s'agit là d'un cas bénin. Le gros foie dur en question pourrait avoir une évolution grave. A votre premier examen, ne vous empressez pas de porter un pronostic assez favorable. Suivez le malade. D'une façon générale, au cas de cirrhose hypertrophique veineuse, on voit les symptômes s'atténuer, et le patient peut reprendre son travail. Cette évolution vous permettra de conclure à une cirrhose hypertrophique bénigne. Dans les cas graves, au contraire, vous avez beau faire des ponctions, le malade continuera à présenter un ensemble symptomatique grave, de l'asthénie générale, une exagération de l'hypertrophie du foie, des accidents hémorrhagiques, un peu d'élévation de la température, qui l'empêcheront de quitter l'hôpital. Défiez-vous, en somme, de la possibilité de ces cirrhoses hypertrophiques malignes. Aucun de nos 4 malades ne rentre dans cette dernière catégorie. Tous se sont améliorés avec le traitement.

Reste la question de l'étiologie. Pouvons-nous dépister la cause de cette cirrhose ? Je vous ai dit qu'après avoir admis sans conteste pendant longtemps le rôle de l'alcool, on a discuté ces temps derniers pour savoir si d'autres causes n'intervenaient pas, en particulier la tuberculose et la syphilis. Pour ce qui concerne la tuberculose, c'est surtout M. Jousset qui l'a mise en avant. M. Jousset a été frappé de deux faits, l'un clinique, l'autre anatomo-pathologique. Le fait clinique consiste en ceci : si l'on ponctionne l'ascite du malade et que l'on inocule le liquide retiré à un cobaye, le cobaye devient tuberculeux. Vous pouvez déduire qu'il y avait au niveau du péritoine un processus tuberculeux. Le fait anatomo-pathologique est le suivant : si l'on inocule un fragment de foie du malade au cobaye, l'animal se tuberculise également. On arrive ainsi à la conclusion que ces malades doivent leur cirrhose hypertrophique à un développement de bacilles tuberculeux. J'ajoute que M. Jousset a signalé, dans l'histoire clinique des sujets, de la tuberculose à siège pulmonaire et trachéo-bronchique. A la vérité, tous ces faits ne sont pas à l'abri de la critique. On peut admettre que la cirrhose est due à une autre cause et que la tuberculose ne se développe que secondairement. Il y a là un travail intéressant, mais non absolument convaincant.

Au point de vue de la syphilis, nous avons fait ici même une série de recherches, et M. Letulle, de son côté, a étudié la question à l'hôpital Boucicaut. Le Wassermann a été trouvé quelquefois positif chez ces malades. Dans une leçon clinique, M. Debove a signalé un cas, avec autopsie, où la syphilis avait joué un rôle dans la production de la cirrhose hypertrophique veineuse.

Si bien que, petit à petit, le rôle provocateur de l'alcool dans la cirrhose hypertrophique veineuse a été mis en discussion, les uns attribuant la maladie à la tuberculose, les autres à la syphilis. Je crois que sur ce terrain on est allé trop loin. Je pense que si la tuberculose et la syphilis peuvent intervenir, l'alcoolisme ne doit pas être négligé : il serait injustifié de ne pas crier « guerre à l'alcool » en pareil cas.

Nous avons là quatre malades. Considérons-les au point de vue de l'étiologie de leur cirrhose. Dans le sexe féminin, il faut tenir peu compte de l'interrogatoire en matière d'alcoolisme : peu de femmes l'avouent. Aussi, chez nos deux malades du sexe féminin, avons-nous recherché l'alcoolisme par d'autres moyens. Toutes deux ont des pituites le matin, des cauchemars la nuit, une trémulation très marquée. Quant aux deux hommes, ils nous ont donné des renseignements nets. Le premier boit 3 litres de vin et 3 petits verres par jour. Le second est encore plus catégorique. Pendant plus de 20 ans, il a bu 4 litres en moyenne de vin par jour, plus des absinthes en nombre variable, parfois jusqu'à 18 par jour, dit-il. A la suite d'une crise de delirium tremens, il prit la résolution de supprimer les absinthes. Depuis deux ans, en raison de sa maladie de foie, il réduisit sa ration de vin à 1 litre. J'ai tenu à vous signaler les symptômes d'éthylisme chez ces 4 malades pour vous montrer que nous ne devons pas oublier le rôle de l'alcool dans la détermination de la cirrhose hypertrophique veineuse.

J'ai recherché néanmoins si ces 4 malades n'offraient pas de signes de tuberculose et de syphilis. Une des deux femmes présente des indices d'induration du sommet droit. Un des deux hommes a eu la syphilis.

Si l'on veut donc établir l'étiologie de la cirrhose hypertrophique veineuse, je crois qu'il faut conserver en première ligne l'alcool, mais que, à cette cause initiale, peuvent venir s'ajouter d'autres causes, telles que la tuberculose, la syphilis, ou encore une cardiopathie. Nous n'avons plus

alors une seule raison mais plusieurs de voir se développer une cirrhose hypertrophique veineuse. Que dans certains cas, la tuberculose ou la syphilis puisse à elle seule déterminer la cirrhose hypertrophique, cela est possible. Je crois néanmoins que ce serait un tort d'oublier le rôle de l'alcool et de ne pas lui attacher l'importance qu'il mérite au point de vue étiologique et thérapeutique.

Cette discussion, en effet, domine la thérapeutique. On n'a de chances de guérir ces malades que s'ils consentent à être des abstinents, à ne pas boire, non seulement des liqueurs et des apéritifs, mais encore des boissons alcoolisées, vin, cidre, etc. Si, au contraire, on soigne ces cas avec l'idée qu'il s'agit toujours de tuberculose ou de syphilis, sans tenir compte de l'alcoolisme, on se placera dans de mauvaises conditions de guérison.

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Action trophique de la prostatectomie. — Les angiomes profonds douloureux des membres. — Kystes gazeux de l'intestin. — Lipomatose symétrique à prédominance cervicale. — Syphilome du rein. — Sténose aiguë complète du pylore. — Hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite. — Automutilation (amputation de la verge).

M. Bazy fait à l'*Académie de médecine* une communication sur *l'action trophique ou désintoxicante de la prostatectomie.*

Pour M. Bazy, la prostatectomie n'agit pas seulement en levant l'obstacle au passage de l'urine, elle intervient aussi d'une autre manière, par action trophique ou désintoxicante. Les mots « prostatectomie » et « hypertrophie prostatique » sont, d'ailleurs, de mauvais mots. La soi-disant hypertrophie prostatique est constituée par la présence de tumeurs, dites adénomes, qui déforment et obstruent l'urèthre.

L'ablation de ces adénomes, outre ses effets immédiats de libération de l'urèthre, a des effets éloignés assez complexes, en particulier sur l'état général, qui est très amélioré.

M. Bazy cite, à titre d'exemples, deux cas où cette amélioration générale a été considérable, résultat que ne donne pas l'évacuation même complète et régulière de la vessie par les cathétérismes aseptiques. L'opération est donc bienfaisante, en dehors de son action sur l'écoulement des urines.

— M. Kirmisson présente à l'*Académie de médecine* une étude sur *les angiomes profonds douloureux des membres.*

M. Kirmisson rappelle l'existence des angiomes sous-cutanés douloureux, décrits autrefois par Trélat et Charles Monod. Les phénomènes douloureux y sont dus à la présence, dans l'intérieur de la tumeur angiomateuse, d'un ou plusieurs filets nerveux.

Les angiomes douloureux peuvent être plus profonds et, à cause de leur siège, devenir le point de départ d'erreurs de diagnostic. M. Kirmisson en signale trois cas personnels. Le premier cas était un angiome calcifié du triceps crural gauche observé chez une jeune fille de quatorze ans. Le deuxième, qui donna naissance à des erreurs de diagnostic variées, se montrait sous l'aspect d'un empâtement douloureux au niveau de la face interne du genou gauche. La malade, une jeune fille de quinze ans, se plaignait, depuis trois années, de douleurs à alternatives de rémission et d'aggravation. On pensa à la tuberculose, à la syphilis. L'opération conduisit sur un angiome, contenant un filet nerveux, placé sur le périoste, à la face profonde du vaste interne. Dans le troisième cas, le diagnostic fut basé uniquement sur les douleurs extrêmement violentes accusées par la malade, une fillette de douze ans. Les douleurs siégeaient au côté externe du genou et entraînaient de la claudication. L'examen clinique ne révélait aucune tumeur ni aucun signe local. L'opération montra un angiome dans l'épaisseur du vaste interne.

Il importe, en résumé, de savoir qu'à côté des angiomes sous-cutanés douloureux, il existe des angiomes profonds donnant lieu à des douleurs très vives et à une tuméfaction plus ou moins diffuse, parfois inappréciable. La conservation de l'état général, l'absence de tuberculose et de syphilis, le jeune âge des sujets, y feront penser, ce qui permettra au médecin d'obtenir une guérison rapide en ayant recours à l'opération.

M. Le Dentu ajoute aux observations de M. Kirmisson une observation personnelle concernant une enfant de neuf ans atteinte d'un angiome douloureux du tiers supérieur du mollet droit.

— M. Mauclaire rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *kystes gazeux de l'intestin.*

Il s'agit d'une affection rare, chez l'homme du moins, car elle a été décrite chez les animaux par divers auteurs. Ces kystes, qui siègent en des points variables de l'intestin, renferment des gaz dont la composition est le plus souvent celle de l'air. Leur symptomatologie est très vague, les malades paraissant atteints de gastralgie, d'entérite, etc. La lésion est à rapprocher des kystes gazeux du vagin et de la vessie, dont les observations sont beaucoup plus nombreuses.

— M. Lenormant présente à la *Société de chirurgie* un malade qu'il a opéré de *lipomatose symétrique à prédominance cervicale.*

La localisation cervicale de la lipomatose symétrique offre quelquefois une certaine gravité.

M. Mauclaire a suivi pendant plusieurs années un malade porteur de lipomes symétriques diffus en contact avec des ganglions carotidiens. Les lipomes, après exérèse, récidivèrent, gagnèrent le médias-

tin ; les bronches, le cœur et l'aorte étaient fortement comprimés.

M. Auvray a vu également ces tumeurs graisseuses s'insinuer derrière le sternum et entraîner la mort par suffocation. Elles ne sont donc pas seulement importantes au point de vue esthétique ; elles ont parfois des conséquences terribles.

M. Arrou a fait traiter au moyen des rayons X, par M. Delherm, une de ces tumeurs qui avait récidivé après ablation. La lésion disparut entièrement sous l'influence de la radiothérapie.

— M. Demoulin présente à la *Société de chirurgie* un rapport sur un cas de *syphilis du rein* observé par M. Chevassu.

En matière de syphilis rénale, dit M. Chevassu, on ne connaît bien que les néphrites syphilitiques. La syphilis gommeuse du rein est exceptionnelle. Les observations publiées ont été la plupart du temps ou des trouvailles d'autopsie ou des trouvailles de néphrectomie. Il n'existe qu'un petit nombre d'observations où un diagnostic clinique a été fait, sans néphrectomie. Le cas de M. Chevassu correspond, d'ailleurs, au deuxième groupe, c'est-à-dire à une trouvaille de néphrectomie.

On pourra penser à la possibilité d'une syphilis gommeuse du rein en présence d'une tumeur rénale et d'une pyurie qui ne fait pas ses preuves par l'examen bactériologique. Il conviendra alors de pratiquer une réaction de Wassermann. Le diagnostic, il est vrai, ne permettra d'éviter la néphrectomie que s'il est établi d'assez bonne heure

— M. Walther rapporte à la *Société de chirurgie* un cas de *sténose aiguë complète du pylore.*

Le malade, qui avait avalé par mégarde une gorgée d'esprit de sel, fut transporté dans le service de M. Walther, un mois plus tard pour y être opéré. On constatait une distension énorme de l'estomac et un amaigrissement considérable du patient, par inanition. L'opération montra une sténose complète du pylore. Le caustique avait laissé intact l'œsophage pour localiser presque toute son action sur le pylore. Le malade guérit après gastro-entérostomie.

M. Routier a soigné une jeune fille dans des conditions analogues. Elle avait avalé de l'acide chlorhydrique dilué et, sans autre chose qu'un peu de pharyngite, elle fit rapidement une sténose du pylore.

— M. Auvray relate à la *Société de chirurgie* trois nouvelles observations de *hernie étranglée dans une cicatrice d'appendicite*, la première de M. Chastenet, la seconde du Dr Tissot (de Chambéry), la troisième de M. Guibé.

— M. Lucien Picqué fait à la *Société de chirurgie* une communication sur un cas d'*automutilation* (*amputation de la verge*).

Il s'agit d'un homme, atteint de débilité mentale, qui sectionna lui-même sa verge au ras du scrotum à l'aide d'un vieux couteau rouillé. Admis dans le service de M. Picqué, on plaça une sonde à demeure de Nélaton nº 8 et l'on fit un pansement compressif à la gaze après pincement de deux petits vaisseaux. Les suites furent sans gravité et un mois plus tard la plaie était complètement cicatrisée. Interrogé sur les motifs qui l'ont conduit à se mutiler, le malade raconte qu'une voix lui dit de se couper la verge, parce qu'il ne verrait plus sa femme et qu'il n'aurait plus besoin d'organes génitaux.

Les automutilations sont fréquentes dans les asiles d'aliénés. Elles portent sur différents organes : la langue, le larynx, le sein, les doigts (sectionnés avec les dents), etc. La mutilation des organes génitaux est plus rare. Certains de ces malades sont des déséquilibrés que leur émotivité morbide entraîne à des actes anormaux : tel sujet, par exemple, se mutile pour se guérir de la masturbation. D'autres sont des aliénés véritables. L'association des idées religieuses et de l'automutilation est particulièrement fréquente.

M. Lenormant a eu occasion, également, d'observer une mutilation volontaire des organes génitaux. Le sujet se coupa la verge à la racine. Sorti de l'hôpital guéri, il y revint. Cette fois, il avait pratiqué sur lui-même l'ablation d'un testicule. Mais, instruit par son séjour hospitalier, il avait procédé chirurgicalement avec anesthésie cocaïnique et ligature.

P. L.

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

La gastro-entérite des nourrissons.

Poursuivant nos tendances décentralisatrices, nous avons publié dans notre dernier numéro une leçon clinique de M. le professeur Moussous, de Bordeaux. Grâce à la précieuse collaboration de M. le Dr Devillars, nous espérons pouvoir donner régulièrement les cours intéressants professés dans cette Faculté. De telle sorte qu'alternativement Bordeaux, Lyon, Toulouse, Montpellier, Lille, Nancy même, — nous en avons à cette heure l'assurance, — centres d'enseignement médical des plus réputés, figureront dans le *Concours médical.*

La leçon du professeur Moussous traitait une question de haute portée pratique, surtout à l'époque de l'année où nous sommes parvenus. Elle venait en quelque sorte à point nommé pour mettre nos lecteurs au courant de la thérapeutique actuelle de la gastro-entérite des nourrissons.

Ils ont remarqué sans doute que le maître a insisté, ainsi qu'il convenait, sur l'importance de la *diète hydrique* dans le traitement de cette redoutable affection de l'enfance.

Pour réaliser cette diète hydrique, il préconise

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

—

réunit le dernier mardi de mars, juin, septembre et décembre : c'est dans ces séances ordinaires qu'il prononce les admissions et il est tout à fait exceptionnel qu'il puisse en prononcer lorsqu'il se réunit extraordinairement avec un ordre du jour spécial.

1646. Dr R., à « Sou médical ». — Un de mes clients meurt, il m'est dû 475 fr.

La veuve, insolvable, touche, *paraît-il*, de son fils, 2.000 fr. de rente.

Du vivant de son père, le fils m'a déjà donné sur une note précédente 200 fr. lui-même avec ce mot :

« Ci-joint 200 fr. à valoir sur ce que vous doit mon père ».

De plus, sur une autre de ses lettres, il me dit ceci :

« Excusez-moi de mettre tant d'insistance, mais je suis vaincu à la pensée de voir mon pauvre père souffrir et suis disposé à faire le nécessaire pour le soulager ».

Puis-je exiger du fils le payement de cette note ?

Je n'ai rien à espérer de la veuve.

Réponse. — Le fils vous devrait vos honoraires, pour soins donnés à son père, par le seul fait qu'il a hérité de celui-ci. *A fortiori*, puisqu'il s'est engagé à vous payer.

Vous pouvez donc le poursuivre en paiement de votre note devant le juge de paix de son domicile.

1648. Dr B., à *Concours*. — Abonné au *Concours*, je vous serai reconnaissant de me donner les renseignements suivants :

J'ai eu l'occasion de soigner un indigent pour lequel le maire fixe à 4 km. la distance kilométrique. Je réclame 5 km., me basant sur ce fait que le médecin le plus rapproché du domicile de l'assisté est distant de 5 km. ou plutôt de 4 k. 800 approximativement.

Pour évaluer cette dernière distance, je m'en rapporte aux distances des poteaux indicateurs. Ai-je raison ? Les distances sont-elles fixées arbitrairement par les maires? Les poteaux indicateurs, qui me semblent être installés par des services compétents, peuvent-ils servir en cas de contestation, ou au contraire y a-t-il dans les préfectures un document officiel qui me permettra de contrôler la distance que m'indique le maire de ladite commune ?

Suite page XVIII

en particulier certaines eaux minérales alcalines, tout en ajoutant qu'elles désaltèrent moins que l'eau pure.

Il y a dans cette affirmation une exagération qui provient très certainement de ce que l'auteur ne connaît pas la Reine de Vals. Autrement, il aurait pu apprécier, tant par lui-même que par ses malades, ce que l'expérience a révélé à plusieurs d'entre nous,— combien cette eau possède une sapidité délectable, combien elle rafraîchit durablement le palais des petits fiévreux, combien avidement ils la recherchent pour le soulagement évident qu'elle leur apporte,

Nous nous inclinons très volontiers devant la science du professeur Moussous, et il nous a été grandement agréable de publier la leçon clinique si instructive qu'il a faite à ses élèves. Nous acceptons comme parfaitement autorisés tous les conseils qu'il donne à ce sujet. Nous nous permettrons seulement d'ajouter à ceux-ci l'affirmation formelle de la supériorité de la Reine de Vals sur toutes les boissons plus ou moins similaires, pour l'institution de la diète hydrique dans le traitement de la gastro-entérite des nourrissons

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

L'illusion du merveilleux.

« L'esprit humain est un grand ouvrier de miracles », a dit Montaigne. C'est ce que notre distingué confrère, le Dr Charles Guilbert, s'efforce de démontrer dans un livre très intéressant (1).

Le Pr Bernheim, le maître réputé de l'Ecole de psychophysiologie de Nancy, dans la préface qu'il a écrite pour l'ouvrage du Dr Guilbert, affirme que comme ce dernier, il est convaincu que le merveilleux n'est qu'une illusion, et cependant le Pr Bernheim a cherché à vérifier tous les phénomènes extraordinaires : l'action des médicaments par le simple contact avec la peau de flacons contenant des drogues inconnues, à l'exemple de Bourru, Burot et Luys, l'extériorisation de la pensée à l'exemple de M. de Rochas, l'attraction du sujet alors que l'on est placé derrière lui, etc.

Le Dr Guilbert considère que les fonctions mentales sont la conséquence des fonctions cérébrales. Les unes et les autres ont pour siège le même organe et il est rationnel qu'elles aient des réactions organiques semblables. Toute réaction physiologique est provoquée par la perception d'une sensation ou par une idée qui est le reflet d'une sensation lointaine. Sur les données de la mémoire et de la sensation, l'activité cérébrale s'actionne, modère l'impulsion irraisonnée, réfrène la spontanéité, donnant ainsi naissance à l'intelligence, à la conscience, à la raison, à la volonté qui forment le psychisme supérieur. Une sorte de critique intellectuelle s'opère et l'acte volontaire est la conclusion de cette critique. Pour que cet acte volontaire se produise, il faut une concentration des facultés psychiques semblable à l'effort d'accommodation nécessaire à la vision ; cette concentration n'est autre que l'attention.

L'automatisme cérébral, qui tient une part importante dans le déterminisme du merveilleux n'est pas une hypothèse théorique. La concentration de l'attention sur un seul objet fait que l'idée parvient à occuper tout le champ de la conscience. L'idée devient sensation et l'esprit attribue une cause au phénomène subjectif.

Le Dr Guilbert cite à ce sujet l'observation de M. le comte de Tr. dont il reproduit les très curieux dessins. N'ayant, jusqu'à 52 ans, jamais tenu un crayon, le comte de Tr. exécute avec une rapidité excessive des dessins infiniment compliqués. Il commence par noircir au fusain une feuille de papier, puis avec un crayon dur il dessine sur ce papier noirci les figures qu'il y aperçoit et ensuite enlève le fusain à la mie de pain. Une composition très étudiée et dans ses moindres détails apparaît alors, un sujet principal au premier plan exprime une idée qui est complétée par des détails infiniment minutieux dans les seconds plans et même dans les accessoires du premier plan ; scènes de sabbat, de tentations, rites magiques apparaissent, figurés avec une singulière expression. M. de Tr. affirme qu'il les voit sur le papier et en dessine les contours comme l'on dessine avec une chambre claire.

L'idée peut devenir une sensation viscérale et déterminer des actes organiques. M. Georges Dumas donne comme cause réelle de la stigmatisation chez les mystiques chrétiens la concentration de la pensée sur les idées émotives du crucifiement ; dès 1860, A. Maury avait admis la même explication. Focachon et Beaunis obtinrent par suggestion des lésions cutanées allant de la simple rougeur à la vésication et à l'eschare.

L'idée peut devenir mouvement (pendule explorateur, baguette divinatoire, tables tournantes).

L'idée devient émotion lorsqu'on se passionne au cours d'une lecture ou à une audition théâtrale.

Enfin l'idée peut faire inhibition au mouvement, à la sensation et à l'émotion. C'est par ce genre d'inhibition que le Pr Bernheim expliquait la faculté du jeûneur Succi qui pouvait rester 30 jours sans manger. Ayant une confiance absolue en une liqueur de sa fabrication, Succi supprimait la sensation de faim et résistait à la névrose de la faim qui tue en quelques jours, tandis que

(1) Dr Ch. GUILBERT. — *L'Illusion du merveilleux* Albin Michel, édit. 22, rue Huyghens à Paris. Prix : 3 fr. 50.

l'inanition, seule, permet de vivre beaucoup plus longtemps. La suggestion, les phénomènes de l'hypnose permettent de donner à cette théorie de l'*idéodynanisme* (Bernheim) une démonstration irréfutable.

L'expérimentation psychique de l'idéodynamisme peut se faire par la suggestion, qui l'explique sans avoir recours à l'extériorisation fluidique des spirites.

Le sommeil hypnotique comme le sommeil normal obnubile momentanément les facultés psychiques supérieures (sens critique, raison, volonté) et permettent à l'idée suggérée ou remémorée de prendre une importance considérable. Les phénomènes de suggestion (surtout ceux d'inhibition) peuvent s'obtenir à l'état de veille ; crédivité, devenue excessive dans la crédulité, est un phénomène analogue. Il ne faut pas croire que les crédules dont l'intelligence est peu développée, soient très suggestibles, c'est le contraire qui existe, car le crédule est un être pourvu d'une sorte d'inertie cérébrale.

Le Dr Guilbert examine encore les phénomènes d'amnésie résultant de l'hypnose ou de la suggestion, la suggestion post-hypnotique, l'exagération morbide de la suggestibilité normale dans l'hystérie et il conclut avec Montaigne que l'esprit humain est un grand ouvrier de miracles.

* * *

M. Guilbert aborde alors l'examen de la *croyance religieuse* et du *mysticisme*. Il montre les diverses étapes que l'idée chrétienne a suivies. Comment l'homme chercha à expliquer les forces de la nature en les attribuant à un être analogue à lui ou aux autres êtres vivants qui l'entouraient ? Le fétichisme fut ainsi la première religion qui découla de l'animisme, la première conception philosophique. Puis survient, avec le développement de l'intellectualité, une modification aux croyances religieuses qui se transforment en symboles dans les divinités de l'Olympe et peu à peu ces divinités s'effacent devant le symbole de grandeur et de majesté de Jupiter. La métaphysique du monothéisme se détache de la cohue olympienne. Il ne faut pas croire que le monothéisme abstrait actuel ait fait disparaître le fétichisme et les symboles. La sorcellerie, au moyen-âge, en fut une reviviscence. Dans la même religion, le christianisme, nous trouvons les trois formes de l'évolution de la croyance ; entre la religion de Pascal, celle de la dévote russe qui adore son icône comme le nègre son grigri et celle du paysan italien qui prie la Vierge de son village en injuriant celle des villages voisins, il y a autant de différence qu'entre le pur monothéisme, le fétichisme sauvage et le polythéisme des anciens. L'idée religieuse devint le reflet des besoins moraux d'une civilisation et fut pour l'individu une source inépuisable d'espoirs que la désillusion même ne saurait tarir.

Le mysticisme est une véritable autosuggestion dont la forme varie avec les individus et avec les croyances. Le mystique n'est ni un maniaque de l'érotisme, ni un névrosé, c'est la victime, le jouet inconscient du dynamisme d'une idée exclusive, d'une obsession volontaire. L'extase se manifeste, objectivation de l'idée de présence divine sur laquelle toute l'attention s'est concentrée et qui, après un effort prolongé, donne lieu à la béatitude d'un repos absolu. » L'esprit mystique, dit le Dr Guilbert, aussi vide d'objet que la surface du miroir, croit posséder le ciel en entier parce qu'un rayon de pensée s'efforçant de le formuler s'y est un instant réfléchi. »

L'amour de la divinité chez les mystiques prend un véritable caractère de sensualité.

« Ils aiment leur Dieu comme les amants aiment leur maîtresse », écrivait à Racine Mme de Sévigné. Nous trouvons ces images de sensualité dans le Cantique des Cantiques. La transverbération de sainte Thérèse, si bien rendue dans le groupe en marbre de Bernin, les extases dont Marie Alacoque et Mme Guyon ont laissé de voluptueux récits, ne laissent pas de douter sur cette sensualité qui pour Mme Guyon scandalisait Bossuet.

Le mystique extatique n'est guère prosélyte, car son but se borne à Dieu et à lui-même, mais les mystiques qui ne peuvent arriver à la perfection extatique se vouent à la propagande. Ils ne peuvent être contemplatifs, ils deviennent combatifs. Le Dieu qui possède et illumine ces mystiques, c'est avant tout la conception qu'ils se sont faite de la divinité. La formule théologique qu'ils ont admise a envahi tout le champ de leur conscience et le mystère qui enveloppe cette réaction psychophysiologique en a fait le merveilleux.

Le Dr Guilbert examine alors les *miracles*, et d'abord celui des *stigmates*. Les stigmatisés sont des extatiques. Si l'on s'en rapporte à la description que Sainte-Thérèse donne de l'extase, l'on constate que rien ne lui ressemble plus que la catalepsie hypnotique. Or, au cours de l'extase, le mystique cherche à s'identifier avec l'objet de son culte, comme l'écrit lui-même saint François de Sales dans son *Traité de l'amour de Dieu* et le Séraphin qui, chez saint François d'Assise, darde les rayons d'une clarté si pénétrante qu'elle fit réellement les plaies extérieures du crucifix dans sa chair, est la figuration de la croyance assez exaltée pour provoquer l'objectivation sensorielle et déterminer des troubles trophiques locaux que Liébault d'abord, Charcot ensuite déterminèrent au cours de l'hypnose. Le Dr Apte, dans sa thèse des *stigmatisés*, décrit des troubles trophiques du même genre dans l'hystérie, sans extase, ni hypnose, du fait d'un paroxysme de suggestibilité. Parrot et Magnus Huss ont signalé

des phénomènes analogues déterminant des pleurs de sang. Le Pr Raymond, lui aussi, a observé dans un cas de léthargie la formation de stigmates. Il faut, bien entendu, éliminer les cas nombreux de supercherie. Le merveilleux, sous toutes ses formes, a toujours été servilement copié.

La guérison miraculeuse est due à une cause mentale tout à fait analogue et Charcot a bien mis en relief le dynamisme psychique de la foi qui guérit.

***

Le Dr Guilbert, par une transition toute naturelle, passe de l'influence du principe du bien à celui du principe du mal, de la croyance religieuse, à la *sorcellerie*. L'époque troublée du Moyen-Age, la misère qui frappe le peuple, les hérésies de Manès et des Vaudois, unissant le christianisme à d'autres religions, dresse en face du principe du Bien le principe du Mal, la religion de Satan devant la religion du Christ.

Le satanisme fut une véritable épidémie que l'abus des exorcismes et les rigueurs terribles de l'Inquisition contribuèrent à développer.

Les rites de la sorcellerie sortirent de toutes les passions, de tous les désirs, même les plus inavouables d'une humanité en délire. Par le *pacte*, le sorcier ou plus souvent la sorcière entrait dans le cercle cabalistique et recevait une part de la puissance infernale. Il ou elle était marqué du *sceau du diable*, point d'anesthésie cutanée que les inquisiteurs recherchaient avec soin, avec des pointes acérées, au début de tout procès de sorcellerie. Le commerce charnel avec les démons, faunes ou nymphes, *incubes* ou *succubes* en style ecclésiastique, était démontré par l'aveu formel obtenu par la torture. La description du *sabbat* naquit de l'imagination d'hallucinés. Les mystiques de l'enfer, qui ne pouvaient pas arriver à ce degré extatique, se contentaient de parodies liturgiques, telles que la *messe noire*.

Des plantes vénéneuses, *les herbes du diable*, jusquiame, belladone, datura, mandragore, furent employées par les sorciers pour provoquer même sur eux des hallucinations et préparer des breuvages et des philtres. L'action des poisons est prépondérante dans l'histoire de la sorcellerie, on doit y joindre l'*envoûtement*, où la suggestion jouait le rôle le plus important. Toutes ces pratiques insensées montrent bien le degré de folie des possédés. Yvelin, chirurgien d'Anne d'Autriche, contant une scène d'exorcisme à laquelle il assista, disait que « sur dix-sept possédés, il y en a six à soigner, et onze à consoler ».

Si Montaigne ne doutait pas de la folie des sorcières, il était parfois dangereux de l'affirmer : témoin un docteur en Sorbonne, le prieur Edeline, qui, ayant enseigné en Poitou que les faits de sorcellerie étaient des hallucinations, fut arrêté, torturé, avoua pendant les tourments tout ce qu'on voulut et fut finalement condamné à la prison perpétuelle.

***

Notre époque vit surgir le *spiritisme*, accouplement bizarre de la tradition théologique et de la science moderne qui naquit, lui aussi, du besoin que l'homme a de croire. Le Dr Guilbert passe alors en revue les *illusions* (chaîne, suggestions collectives, mouvements involontaires et inconscients, tables tournantes, raps, etc.) Il étudie rapidement le somnambulisme du médium, l'écriture spirite, l'incarnation, les fraudes inconscientes, l'écriture directe, la lévitation, la matérialisation, les apparitions fantomatiques, toutes ces pratiques sont accompagnées de fraudes conscientes manifestes et avouées qui leur enlèvent tout intérêt.

La méthode d'expérimentation spirite repose sur un sophisme involontaire. On démontre la réalité d'un prodige par un autre plus complexe qui suppose que le premier existe.

La philosophie spirite n'admet pas la foi aveugle, elle veut prouver et expliquer. Elle place entre le corps matériel et l'âme immatérielle, le corps astral, le périsprit, qui serait la cause des phénomènes prodigieux que, même en supposant l'existence de corps astral, on ne pourrait ainsi expliquer.

L'*occultisme* (théosophie, khabalisme, ésotérie) se substitue au spiritisme. Le périsprit ici se compose de deux fluides, le fluide nerveux ou configuratif et le fluide magnétique émanant du courant universel. L'initié, le médiateur plastique, peut agir sur cette force et faire des miracles. Ainsi s'explique le grand arcane de la magie : Le Verbe crée ce qu'il affirme

La *science hermétique* provient de l'évolution matérialiste et panthéiste de l'occultisme. Les initiés interprètent des caractères hébraïques, des signes de l'antique tarot, des hiéroglyphes égyptiens, des figures géométriques où ils s'efforcent de voir des symboles et d'en tirer un enseignement métaphysique sur l'univers et sur l'homme. Le Dr Guilbert étudie les deux *pentacles* principaux de l'hermétisme, l'un, *le sceau de Salomon* ou *étoile aux six branches*, formée de deux triangles équilatéraux tournés en sens inverse, se pénétrant sans se superposer. Dans chaque pointe de l'étoile est inscrite une lettre du mot ADONAÏ qui symbolise l'Eden de la réintégration définitive, le Nirvanah. Un des triangles représenterait la matière primitive, l'autre triangle représente la vie pénétrant la matière, la lumière astrale de Guaita, le feu de Papus, etc. Le second pentacle est le *microcosme*, *l'étoile à cinq branches*, image de l'Univers, l'emblème de la vie, dans lequel on peut inscrire le corps humain, la tête et les quatre membres remplissant les cinq branches. Au corps humain la sorcellerie a substitué la tête de bouc

dont les cornes, les oreilles et la barbiche effilée remplissent les branches. Paracelse inscrivait cinq syllabes grecques TE-TRA-GRAM-MA-TON ou quatre lettres hébraïques IOD-HE-VAU-HE (le Jéhovah tout puissant). C'est là le grand arcane qui symbolise la divinité de l'homme selon Eléphas Lévi. Cet arcane est en somme une métaphore du transformisme de Darwin, la déification de l'homme par un perfectionnement incessant.

Ici encore, malgré l'apparence matérialiste et rationnaliste qu'il a revêtu, l'occultisme provoque le merveilleux. La crédulité se développe encore là au point de devenir une auto-suggestion et l'esprit humain continue à se transformer en grand faiseur de miracles.

***

Nous avons tenté dans cet article de résumer le livre si intéressant du Dr Georges Guilbert sur l'Illusion du merveilleux. Le sujet traité nécessiterait de longs développements pour en préciser les divers chapitres et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur curieux de s'instruire sur ce sujet passionnant à la lecture du livre de notre confrère. Il y trouvera, en outre, de nombreuses et curieuses reproductions de tableaux et de dessins ayant trait surtout à la magie qui augmentent l'intérêt déjà très grand de cet ouvrage.

J. Noir.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Blennorragie et vaccin antigonococcique.

M. Martin-Deschamps, médecin militaire, relate, dans les *Archives de Thérapeutique*, six observations de blennorragie traitée par les inoculations de vaccin anti-gonococcique, dont les sujets ont été parfaitement guéris.

La technique employée a consisté en injections de 2 cc. (1/2 cc. de vaccin et 1 1/2 cc. de sérum physiologique) tous les 2, 3 ou 4 jours. L'auteur a cependant noté que les inoculations pratiquées sous la peau du flanc sont douloureuses. Il propose de les remplacer par des injections intra-musculaires dans la fesse. Cette localisation est parfaitement supportée par les malades qui ne ressentent qu'une gêne légère dans l'heure ou les heures qui suivent la piqûre.

Il s'agissait, dans les six cas rapportés, d'uréthrite blennorragique aiguë.

« En résumé, conclut l'auteur, l'inoculation « du vaccin anti-gonococcique du professeur « Nicolle semble très efficace, non dangereuse ; « elle ne donne pas de réaction appréciable, à « condition d'être pratiquée dans les muscles de « la région fessière, à l'exclusion de l'inoculation « sous-cutanée, douloureuse. Concurremment, « suivant les indications du Dr Nicolle, elles ont « été accompagnées de lavages de l'urètre avec « la solution chaude de permanganate de potasse « au 6 ou 8/1000e.

« Ces injections semblent avoir été de 6 à 8 « pour les blennorragies aiguës ou subaiguës. « Leur emploi n'empêche nullement le malade « de vaquer à ses occupations professionnelles, « même de monter à cheval, dès le lendemain, « et si, comme il est à prévoir, ces résultats se « confirment de jour en jour, le vaccin anti-go- « noccocique aura rendu des services inappré- « ciables dans une affection aussi commune et « aussi fertile en conséquences déplorables, tant « présentement que dans l'avenir, tant pour le « malade lui-même que par les suites dans le « mariage...

BIBLIOGRAPHIE

Etude statistique sur mille cas d'avortements. Dr M. Didier. Thèse de doctorat, Paris, 1913. Jouve, édit.

Ce travail démontre surtout que les avortements sont en voie d'augmentation régulière par rapport au chiffre décroissant des accouchements. C'est, après tant d'autres, un cri d'alarme qui doit être entendu de tous ceux que préoccupe l'avenir de la race et du pays

Ecole française de stomatologie, 20, passage Dauphine, Paris. Directeur : Dr Cruet. — L'école a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants ou docteurs en médecine français (ou étrangers dont le diplôme sera reconnu équivalent) désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

Un dispensaire des maladies de la bouche et des dents est annexé à l'école.

Les cours théoriques et pratiques sont complets en dix-huit mois.

L'engagement des élèves n'a lieu que pour une année.

L'enseignement est assuré par des professeurs et assistants docteurs en médecine, tous spécialisés dans leur partie ; il s'applique particulièrement à la technique et à la prothèse.

Le programme de l'école est envoyé à qui en fait la demande.

CORRESPONDANCE

Accidents du Travail agricole

Nous lisons dans le *Courrier du Finistère* :

Les rapports présentés au récent Congrès de Saint-Pol-de-Léon insistent à juste titre sur les avantages moraux et matériels des Mutuelles-Accidents, et reconnaissent que l'œuvre doit être parfaite par une législation spéciale aux accidents agricoles, de même qu'existe pour le commerce et l'industrie la loi de 1898.

Je me permets de souligner quelques phrases de ces rapports et de répondre ici brièvement à MM. Tynévez et Thomas.

« Le rapport conclut en disant que les syndicalistes finistériens tiendront à faire entendre leur voix dans l'élaboration de cette loi qui, si elle est faite sans les intéressés, aura toutes chances d'être faite contre eux. »

Examinant le projet de loi Beauregard, « il demande, pour prévenir de criants abus, que la loi impose aux médecins et pharmaciens des tarifs obligatoires et forfaitaires. »

Enfin, dans l'examen du projet Mauger, « il réclame que l'employeur ou son représentant ait toujours le droit de faire contrôler par un médecin de son choix l'état de la victime. »

Les premiers intéressés dans le fonctionnement d'une mutuelle-accidents agricoles ou dans l'élaboration d'une loi accidents agricoles sont évidemment les cultivateurs. Ils ont des groupements naturels de défense professionnelle : leurs syndicats, et j'estime que toute loi les concernant faite sans eux est faite contre eux.

D'autres y sont intéressés : ce sont les médecins. Ils ont leurs organisations syndicales tout comme les ruraux.

Donc, le droit et le devoir des premiers devient droit et devoir des autres. Et naturellement il faut que syndicats ruraux et médicaux examinent en commun tous statuts et tout projet de loi relatifs aux accidents pour que statuts ou lois prêtent le moins possible aux interprétations variées et ne deviennent un nid à contestations judiciaires.

Voilà donc un premier point. J'estime indispensable l'entente des syndicats ruraux et médicaux dans la question des accidents agricoles (mutuelles ou projets de loi)

Le deuxième sur lequel je veux attirer l'attention des rapporteurs et des ruraux en général est celui du forfait. La médecine n'est ni un commerce ni une industrie et le forfait devrait y être inconnu. Il va d'ailleurs à l'encontre de l'intérêt des malades, des accidentés. Les forfaits tendent, pour ces motifs, à disparaître. J'irai même plus loin : il est préjudiciable aux assureurs par le fait que les incapacités permanentes en sont souvent les conséquences

Il détruit, en effet, l'amorce de l'intérêt à bien soigner. La plus petite notion de psychologie doit rappeler que le médecin, tout dévoué qu'il soit, n'en est pas moins homme et que le besoin de vivre, l'intérêt est souvent en opposition avec le dévouement.

Et puis, le forfait est opposé au libre choix du médecin par son malade. Or, la confiance du malade en son médecin est la première condition des succès thérapeutiques. Un médecin ne s'impose pas. On le choisit. Libre choix et respect de la liberté individuelle vont donc de pair. Ils sont inséparables du respect du secret professionnel.

Si les mutuelles actuelles ou les projets de loi n'imposent pas le libre choix, on peut prévoir que bien des obstacles s'opposeront au développement de ces sociétés.

Quant au contrôle du médecin traitant par un autre médecin, il est admis en ce qui concerne les accidents du travail dans le commerce et l'industrie sous certaines conditions. Les ruraux obtiendront donc pareille clause.

Les tribunaux ont consacré le libre choix du médecin par l'ouvrier. A quoi bon dans ce cas parler de forfait pour les accidents agricoles ? Le forfait ? C'est dire à des accidentés : « Vous irez vous faire soigner chez le Dr X... Ce n'est pas qu'il soit bon médecin, mais c'est le meilleur marché. »

Oui, mais il est un proverbe qui répond : « le bon marché est toujours trop cher »..... pour les blessés et pour les mutuelles surtout.

Je ne pense pas davantage que les nouveaux législateurs aillent opposer un article spécial aux accidents agricoles à cet article 30 (Titre X) de la loi de 1898 :

« Est passible d'une amende de 16 francs à 300 francs et en cas de récidive dans l'année de la condamnation, d'une amende de 500 à 2.000 francs sous réserve de l'application de l'article 466 du Code pénal, toute personne qui, soit par menace de renvoi, soit par refus ou menaces de refus des indemnités dues en vertu de la loi, aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin et pharmacien. »

Dr DUJARDIN,
Médecin syndiqué.

Engagements syndicaux.

Je vous envoie ci-joint quelques papiers au sujet desquels je suis chargé de vous demander votre avis. Mais auparavant, je vous dois quelques mots d'explication.

Considérant qu'au point de vue syndical, et en ce qui concerne la défense de nos intérêts professionnels, nous sommes restés très en arrière dans notre arrondissement (et même dans tout le département), nous avions voulu, les Drs L., P. et moi, trois Concouristes convaincus, secouer l'indolence de nos confrères, et tenter de « faire quelque chose » en proposant, pour commencer, le relèvement et l'unification de nos tarifs d'honoraires.

C'est pourquoi, en janvier dernier, nous faisions passer aux confrères ruraux de l'arrondissement, *syndiqués ou non*, et à eux seuls d'abord, pour les raisons qui y sont énumérées, une lettre-circulaire où nous leur exposions nos idées et nos projets, leur demandant une adhésion de principe à un groupement de défense professionnelle composé uniquement des médecins ruraux, les plus directement intéressés en l'espèce.

Il faut croire que notre geste venait à son heure, puisque le succès dépassa de très loin nos espérances, tous les intéressés ayant accepté et signé d'enthousiasme.

A la réunion qui suivit, le 5 mars, nous élaborions le tarif d'honoraires et les conventions dont je vous envoie le compte rendu, qui par la suite furent acceptés par tous, sauf certaines restrictions formulées par quelques..... timorés, au sujet du paragraphe nº 2, qui évidemment pouvait gêner quelques-uns.

Mais justement parce que nous prévoyions ces restrictions, parce que nous savions à quoi nous en tenir sur la bonne foi de certains, et parce qu'il est prouvé que la peur du gendarme, ou des sanctions, est le commencement de la sagesse et de la bonne confraternité, nous voulons maintenir ce paragraphe et le faire accepter en lui donnant une existence en quelque sorte légale.

C'est pourquoi nous avons pensé — et ici c'est au jurisconsulte que je m'adresse en le priant de nous prêter ses lumières — à établir sur papier timbré, pour chacun de nous, une sorte de contrat signé de tous, mentionnant le dit tarif et la sanction proposée, et ayant une valeur juridique.

Pouvons-nous le faire ? Et si oui, voulez-vous nous mettre au point le projet que je vous envoie, de façon à ce que nous ayons toutes garanties, bien que nous espérons n'avoir jamais à le sortir

Je vous demanderai de vouloir bien étudier cette question rapidement, et de me répondre le plus tôt possible en me renvoyant les pièces ci-jointes. Nous devons en effet très prochainement avoir une nouvelle réunion, définitive celle-là, où je soumettrai votre avis aux confrères. A cette réunion nous avons décidé de convoquer également les confrères de C., et de les prier de se joindre à nous, bien qu'ils appliquent déjà pour la plupart ce tarif.

Si vous le voulez, je vous tiendrai au courant de ce que nous ferons, et si vous jugez notre tentative intéressante et pouvant être utile aux lecteurs du *Concours*, nous vous demanderons de l'insérer dans un prochain numéro.

Il me reste maintenant à vous prier de m'excuser de vous avoir rasé si longuement, et à vous adresser au nom de mes confrères et au mien, nos plus vifs remerciements pour l'abus que nous faisons de votre inépuisable dévouement à la cause médicale

Dr K.

Réponse.

Votre initiative est très intéressante, mais au point de vue juridique, il y a beaucoup à redire.

Votre contrat serait inapplicable, en pratique. Tout d'abord, on ne peut condamner sans avoir entendu l'accusé. Devant quel tribunal iriez-vous ? Devant le tribunal civil de l'arrondissement du domicile du défendeur. Vous n'avez rien spécifié dans votre contrat : c'est donc le droit commun qui vous régit.

Par suite, le tribunal civil aura la mission de dire si, dans le cas incriminé, le médecin a été coupable d'appliquer un tarif plus bas et, comme les juges sont des clients, ils donneront toujours raison au médecin que vous poursuivrez.

En second lieu, il est impossible de spécifier une amende fixe, devant atteindre et punir tous les cas délictueux. Il y a des circonstances dans lesquelles, sans être un mauvais confrère, le médecin fait des rabais : famille intéressante, pauvre, etc. Il ne peut nous être interdit de faire de la philanthropie, tant que ces actes ne constituent pas de la concurrence déloyale.

Aussi, puisque vous voulez bien nous demander notre avis, voici ce que nous vous conseillons de faire.

Créez votre syndicat local avec les statuts de Versailles : avec conseil de famille et sanctions. Nous avons publié ce que le Syndicat des médecins de Neufchâteau (Vosges) a voté à ce sujet.

Une fois ce tribunal de médecins constitué, vous pourrez alors spécifier, en assemblée générale, un tarif d'hororaires minimum. Vous pourrez aussi, par engagement sur papier timbré, décider que tout cas litigieux, concernant l'application de ce tarif, sera déféré au conseil de famille qui statuera et décidera sur la quantum de l'amende, dont le maximum est de mille francs.

De cette manière, les confrères timorés auront satisfaction, puisqu'ils sauront que toujours le médecin incriminé pourra présenter sa défense. Ils sauront qu'il n'y aura pas de condamnation arbitraire et que chaque cas particulier pourra être examiné et apprécié.

Inutile de parler des frais du procès, c'est toujours la partie qui succombe qui paie les frais. C'est le droit commun.

Sous le bénéfice de ces critiques, nous vous félicitons de votre initiative et espérons qu'elle réussira. Du reste, nous sommes à votre entière disposition pour vous aider de notre mieux.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de certains états myasthéniques par l'opothérapie surrénale et hypophysaire. — Devant un état myasthénique caractérisé, asthénie musculaire et fatigabilité constatées à l'épreuve dynamométrique, on recherche d'abord, pour la traiter, la maladie causale (tuberculose, syphilis, etc.)

On tente ensuite le traitement opothérapique : produits surrénaux totaux (l'adrénaline seule est inefficace) en ingestion quotidienne d'abord, puis, s'il est nécessaire, au bout de deux deux à quatre semaines, en injections sous-cutanées tri-hebdomadaires.

Si le résultat est encore insuffisant, on associe l'opothérapie hypophysaire (lobe postérieur), selon le mode décrit pour les produits surrénaux.

(*Journ. médic. franç.*)

A. Sézary.

Traitement des accidents de la salvarsanothérapie par l'adrénaline. — L'administration de l'adrénaline permet de juguler les phénomènes congestifs provoqués par le salvarsan. Mais la médication n'est pas inoffensive et il importe de la donner selon certaines règles.

On s'adresse à un produit bien défini et de préparation sûre. Dès qu'un malade présente la plus petite intolérance pour le salvarsan, on lui fait boire, 1/4 d'heure avant l'injection, quinze à vingt gouttes de la solution au millième, en même temps qu'on réduit la dose d'arséno-benzol. Si tout se passe bien, on revient, la fois suivante, à la dose normale de salvarsan; sinon, on augmente celle d'adrénaline — on a pu atteindre soixante gouttes.

L'injection hypodermique doit être réservée aux cas urgents ou très graves : elle est parfois fort douloureuse et il s'est produit des accidents mortels, même avec de faibles doses.

(*La Clinique.*)

Galliot

Traitement de la tuberculose pulmonaire aiguë par le néosalvarsan. — Une, deux, au plus trois injections intra-veineuses de néosalvarsan ont produit les remarquables effets suivants : abaissement, brusque ou progressif, de la température, alors que n'agissaient plus les antipyrétiques habituels, amélioration de l'état général, diminution de la toux et de l'expectoration.

La médication doit être tentée quand les moyens habituels ont échoué : ses effets ne sont pas constants, mais fréquents.

H. S. Hartley.

(*The Lancet*).

Traitement de la coqueluche par la papavérine. — On obtient, chez l'enfant, des résultats très favorables par l'administration, toutes les heures, d'une cuillerée à café d'une solution contenant trente centigrammes de chlorhydrate de papavérine pour un litre d'eau (Reach).

Ou même, à trois ou quatre reprises par jour, autant de centigrammes de chlorhydrate de papavérine que l'enfant a d'années (Hochsinger).

(*Soc. de médec. int. et de pédiatr. de Vienne.*)

Traitement des fistules par la vaseline stérilisée. — La vaseline stérilisée n'est nullement toxique, tandis que l'emploi de la pâte bismuthée de Beck a donné lieu à des accidents d'intoxication mortels : il semble bien, d'autre part, que ce soit non pas le bismuth, mais la vaseline qui agisse dans cette dernière préparation.

Dans ces conditions, il y a tout intérêt à injecter dans les trajets fistuleux, exempts de toute cause susceptible d'entretenir la suppuration (lésion osseuse, corps étranger, etc.) ou dans lesquels cette cause a été supprimée, de la vaseline stérilisée, américaine de préférence, en quantité variant suivant les dimensions de la cavité. On se sert d'une seringue métallique, de 50 cc. et on chauffe la vaseline avant de l'injecter, afin de la rendre semi-liquide.

Dombrovsky,

(*Voïenno med. Journ.*)

Traitement du prurit anal par la teinture de benjoin. — Ce traitement est aussi simple que radical dans la grande majorité des cas. On fait une application et aussitôt que l'alcool s'est évaporé, au bout de deux minutes, la démangeaison disparaît.

Cropper.

(*New-York med. journ.*)

A. M.

PARTIE PROFESSIONNELLE

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Compte-rendu du VI[e] Congrès d'Assistance publique et privée

(1[er] au 7 juin 1914 à Montpellier).

Section des hospices et hôpitaux.

(*Suite.*)

Admission des malades payants dans les hôpitaux. Rémunération des médecins.

Cette question fut la première qui fut discutée à la section spéciale ; elle fut présentée par M. Gouachon, Docteur en Droit, Inspecteur général des Hospices Civils de Lyon, dont voici le rapport

Les hôpitaux civils reçoivent de plus en plus des malades qui paient ou pour qui l'on paie les frais de séjour (1) ; il en est trois catégories bien distinctes :

1° Les malades privés de ressources, et traités au compte des collectivités, personnes morales ;

2° Les accidentés du travail, hospitalisés au compte de leurs patrons ou de compagnies d'assurances ;

3° Les malades aisés, ou un peu aisés, que l'on appelle simplement les « malades payants » : ils paient eux-mêmes de leurs deniers, ou bien cette charge incombe à leurs familles ou à des tiers.

L'admission des malades du premier groupe, le remboursement des frais occasionnés par leur traitement et leur séjour dans les hôpitaux sont réglementés notamment par la loi du 15 juillet 1893 sur l'« assistance médicale gratuite » ; nous ne nous occupons pas d'eux dans la présente étude.

Nous laissons également de côté la deuxième catégorie, qui a donné lieu à d'importantes discussions au Congrès des Etablissements publics de bienfaisance tenu à Saint-Étienne en 1913, et à l'adoption de vœux dont la réalisation sauvegarderait, pour le moment, les intérêts des administrations hospitalières.

Nous ne traiterons que des malades qu'on a coutume de désigner sous le vocable de malades payants proprement dits ; cette question a été ébauchée, l'an dernier, à Saint-Étienne, à la suite notamment de l'intervention de l'estimé docteur Boudin, secrétaire général du *Concours médical*, et il a été entendu qu'elle reviendrait devant le Congrès des Établissements publics de bienfaisance de 1914 (1).

La question est grave, parce qu'elle met en cause, d'une part, les médecins, d'autre part les Commissions administratives, que les nécessités budgétaires de l'heure présente incitent à se procurer de nouvelles ressources, et qui, par conséquent, ne sauraient réduire le nombre des malades payants à recevoir sans porter une atteinte directe à leurs propres intérêts (2).

Nous nous efforcerons de montrer le problème sous ses différents aspects et sans aucune espèce de parti pris : des textes, des faits, des arguments pour et contre, voilà, croyons-nous, ce qu'il importe de présenter au Congrès de 1914, en vue de lui permettre de tirer des conclusions définitives.

I. — Les Instructions.

Comme les hôpitaux sont mineurs, soumis à la tutelle de l'autorité supérieure, comme de multiples lois et règlements déterminent à l'avance leur action, examinons tout d'abord quelles sont leurs obligations pour l'admission des malades payants, quelles sont les instructions auxquelles ils doivent se conformer.

Nous n'avons pour répondre à cette question qu'à citer littéralement les textes existants ; pas de loi, d'ailleurs, en cette matière, même pas de décret pris sur l'avis du Conseil d'État, mais une circulaire et des interprétations ministérielles.

Les malades payants peuvent eux-mêmes se subdiviser en deux groupes, ceux que nous appellerons les « petits payants », qui sont plus exactement des demi-indigents, et les malades « aisés ».

Le règlement intérieur des hôpitaux et hospices, annexé à la circulaire ministérielle du 15 décembre 1899, s'occupe plus spécialement des « petits payants »

(1) Dans les hôpitaux et hospices de Lyon, les assistés à charge de remboursements représentent à peu près un tiers de l'effectif. Sur 41.626 individus entrés du 1[er] janvier au 31 décembre 1913, il y avait une population de 13.539 payants ou pour qui l'on payait les frais de séjour.

(1) Le Congrès de 1913.... « déclare réserver entièrement, pour tout ce qui concerne l'application de « la loi de 1898, la question de la rémunération spéciale éventuelle du médecin par l'hôpital, ajournant « l'étude de cette question, ainsi que celle des questions connexes relatives au mode de rémunération « des médecins en des circonstances diverses, notamment en cas de malades dits payants, pour le prochain Congrès ; charge, à cet effet, la Commission « d'organisation de celui-ci de préparer, sur cette importante question, un accord extrêmement souhaitable avec le Corps médical représenté par les syndicats médicaux, et tient à ouvrir, dès maintenant « ces négociations, en adressant au Corps médical « dont les membres des commissions administratives « sont bien placés pour apprécier le dévouement « éclairé, un témoignage de très cordiale sympathie. (Boric, Rapport général sur le premier Congrès des Etablissements publics de Bienfaisance, p. 145.)

(2) Dans les hôpitaux lyonnais, les malades payants proprement dits constituent un sixième environ de la population hospitalisée dans les services de médecine, de chirurgie et de maternité. Sur 36.715 entrées du 1[er] janvier au 31 décembre 1913, on compte 5.697 payants, sans parler de 240 accidents du travail.

dans l'art. 31 et dans le commentaire qui l'accompagne, et dont voici le texte :

« Art. 31. — Hors les cas prévus aux articles 28 et 29, par application des lois des 7 août 1851 et 15 juillet 1893, l'hôpital reçoit les malades appartenant « à des entreprises de travaux, sociétés de secours « mutuels, domestiques, etc., moyennant un prix de « secours mutuels, domestiques, etc., moyennant « un prix de journée à déterminer, pour chaque ca- « tégorie, par une délibération de la Commission « administrative, mais qui ne pourra être, en aucun « cas, inférieur au prix de journée fixé pour l'assis- « tance médicale.

« Cet article n'a point de correspondant dans le rè- « glement modèle de 1840. Il règle des cas qui se sont « multipliés dans ces derniers temps et qu'il importe « de maintenir dans les limites nécessaires. Nombre « de commissions hospitalières ont inséré dans leur « règlement des articles visant cette situation nou- « velle. Il s'agit de gens sans avoir, pour qui un pa- « tron, un parent, un ami, une société de secours mu- « tuels, paie les frais d'hospitalisation, et des gens « peu aisés qui, possédant les ressources strictement « suffisantes pour payer eux-mêmes le prix de jour- « née dans les salles communes, n'auraient pas les « moyens de se faire soigner, soit chez eux, soit dans « une maison de santé, soit dans les chambres sépa- « rées annexées aux hôpitaux. L'admission de ces « personnes dans les salles communes est prévue par « la note placée sous l'article 26.

« L'article 31 établit un minimum de prix de jour- « née, celui qui est admis pour les malades du service « de l'assistance médicale ; il prescrit en outre que « ce prix sera déterminé pour chaque catégorie de « ces hospitalisés (par exemple, en distinguant, en- « tre les malades et les blessés, les adultes et les en- « fants) par une délibération de la commission admi- « nistrative. Ces prix doivent être tels que jamais « ils ne risquent de mettre l'établissement en perte. « Je ne saurais trop le répéter : l'hôpital est la mai- « son des pauvres ; ses biens sont le patrimoine des « pauvres, et, s'il est admissible que les demi-indi- « gents soient reçus, il serait inique qu'ils le fus- « sent au détriment des indigents. La commission « administrative pourra tenir compte du fait que « l'hospitalisé est admis à ses frais, ou bien aux frais « d'un tiers responsable. Dans le premier cas, elle « pourra être large, peut-être même se contenter « du prix de l'assistance médicale, s'il est établi « que l'assisté est dans une situation gênée ; il en « sera autremnt si elle se trouve en face d'un patron « dans l'aisance ou d'une compagnie d'assurances.

....

« L'administrateur de service prononce l'admis- « sion des malades de cette catégorie, comme de « tous autres, en s'éclairant des avis du médecin. Il ne « manque pas de personnes qui, possédant une cer- « taine fortune, cherchent à s'introduire à l'hôpital « pour obtenir, à moindres frais, des soins qu'ils « sont en état de se procurer ailleurs. C'est là un abus « grave, contre lequel se sont élevées de justes récla- « mations. Il fait du tort aux médecins, et il cause « aux pauvres un préjudice éventuel en les privant « de places que leur appartiennent. L'administrateur « de service ne négligera donc aucun effort, aucune « information lui permettant de déjouer ces frau- « des, et de tenir l'hôpital fermé pour ceux qui ne « doivent pas y avoir accès. »

Les malades que nous qualifions de « malades aisés » sont visés dans les notes et dans le commentaire de l'article 26 du règlement-modèle de 1899 ; en voici le texte :

« *Note* 5. — Le principe de la spécialité des établis- « sements publics ne permet de réserver des lits aux « malades payants qu'à titre exceptionnel et dans « une faible proportion, l'hôpital et l'hospice étant, « par définition, affectés aux pauvres. D'ailleurs, le « terme *pauvre* n'implique pas l'absence totale de « ressources. Il doit être entendu largement. L'on ren- « contre des vieillards qui n'ont pas assez de bien « pour satisfaire, sans la mendicité, aux exigences « de la vie isolée, et qui en ont assez, ou presque « assez, pour subvenir aux dépenses de la vie en com- « mun dans un établissement hospitalier.

« D'autre part, les hôpitaux peuvent recevoir, « dans des locaux spéciaux et moyennant un prix « suffisamment rémunérateur pour que le bien des « pauvres ne puisse pas être compromis :

« 1° Des malades atteints de maladies contagieuses « soit étrangers à la commune, soit appartenant à « la commune, mais logés dans des conditions telles « qu'ils ne peuvent pas être soignés à domicile uti- « lement pour eux-mêmes ou sans péril pour autrui ;

« 2° Des malades étrangers de passage, atteints de « maladies, soit chirurgicales, soit médicales, lorsqu'il « n'existe pas dans la commune de maison de santé ;

« 3° Des malades habitant la commune, dont le « cas nécessite une opération grave, quand il sera « constaté qu'il est impossible de la faire dans des « conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans « une maison de santé.

« Les malades faisant l'objet d'une des trois ex- « ceptions qui précèdent seront admis dans des « chambres ou salles payantes, moyennant un prix « variable, toujours élevé et très supérieur au prix « de revient. La paiement du prix de journée, fixé « dans ces conditions par la commission administra- « tive, leur incombera pour toute charge.

« A l'avenir, le préfet n'approuvera aucune déli- « bération par laquelle une commission adminis- « trative créerait une chambre ou une salle payante « sans en avoir référé au Ministre de l'Intérieur.

....

« La note 5 traite une question d'extrême gravité ; « c'est celle de savoir dans quelle mesure les malades « payants peuvent être admis dans un hôpital pu- « blic.

« L'hôpital est, par définition, affecté aux mala- « des *pauvres*. Le Conseil supérieur a insisté avec « force sur le principe dans cette note 5. Dans un « hôpital, il ne doit donc être réservé des lits aux ma- « lades payants « qu'à titre tout à fait exceptionnel « et dans une faible proportion ».

« Les seuls cas où les hôpitaux peuvent être admis « à recevoir des personnes aisées sont au nombre

« de trois. Il importe de répéter dans ce commen-« taire la définition de ces trois catégories d'excep-« tions :

« 1° Malades atteints de maladies contagieuses, « soit étrangers à la commune, soit appartenant à la « commune, mais logés dans des conditions telles « qu'ils ne peuvent pas être soignés à domicile utile-« ment pour eux-mêmes ou sans péril pour autrui ;

« 2° Malades étrangers de passage, atteints de ma-« ladies soit chirurgicales, soit médicales lorsqu'il « n'existe pas dans la commune de maison de santé ;

« 3° Malades habitant la commune, dont le cas né-« cessite une opération grave, quand il sera constaté « qu'il est impossible de faire une opération dans des « conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans « une maison de santé.

« Cette troisième hypothèse d'admission des ma-« lades payants a été adoptée par le Conseil supé-« rieur de l'assistance publique, dans sa séance du « 16 mai 1899. Elle se justifie comme les deux autres « par la force des choses et par des considérations « d'humanité. Néanmoins, en en tenant compte, il ne « faut jamais perdre de vue que l'hôpital est réservé « en principe et tout d'abord aux malades pauvres. « Il ne doit pas dégénérer, même partiellement, en « maison de santé.

« C'est pourquoi, sentant le péril des exceptions « qu'il avait acceptées, le Conseil supérieur les a « immédiatement renfermées dans d'étroites limites. « Afin que les malades aisés ne fussent pas tentés d'a-« buser de l'hôpital, il veut que le prix de journée « pour les malades payants soit « toujours élevé et « très supérieur au prix de revient » (1). Afin que les « médecins et chirurgiens n'aient pas intérêt à y « envoyer leurs clients, il veut que le paiement de ce « prix de journée incombe au malade payant pour « toute charge. Afin que la commission adminis-« trative elle-même ne se laisse pas aller à transfor-« mer l'hôpital en maison de santé, il veut qu'aucune « partie de la maison hospitalière ne puisse désor-« mais devenir payante sans mon assentiment.

« Vous saisirez sans peine, Monsieur le Préfet, « l'importance de ces trois restrictions. Si elles sont « scrupuleusement observées, les malades payants « peuvent être admis dans les cas exceptionnels dé-« finis par le Conseil supérieur. Mais si elles de-« vaient être négligées, mieux vaudrait interdire « d'une manière absolue, quels que puissent être les « inconvénients de cette prohibition, l'entrée des ma-« lades payants dans les hôpitaux. Vous veillerez à « ce que les commissions administratives qui auront « des lits payants, soit dans les chambres, soit dans « les salles, fixent à un taux élevé le prix de journée « pour ces lits. S'il leur convient de conclure des ar-« rangements particuliers avec les médecins ou chi-« rurgiens pour la rémunération des soins donnés « aux occupants de ces lits, elles peuvent le faire « et tenir compte de ces arrangements dans la fixa-« tion du prix de journée, mais le malade payant y « reste étranger ; une fois le prix fixé, il doit savoir « que ce prix comprend tout, honoraires de médecins, « de chirurgiens ou de sages-femmes, aussi bien que « médicaments, logement et nourriture. Enfin, vous « ferez connaître aux commissions qu'aucune nou-« velle chambre payante ne doit être installée, qu'au-« cun lit dans les salles ne doit devenir payant sans « que la question ait été soumise à votre approbation, « et vous devez m'en référer en exposant le nombre « des lits existants et la population desservie, et en « me montrant, si vous concluez à l'approbation, « comment la mesure posée ne modifiera pas le « caractère essentiel de l'hôpital, les malades payants « ne devant, après la réalisation du projet, y être ad-« mis, pour terminer sur ce point comme j'ai com-« mencé, en citant les termes mêmes employés par « le Conseil supérieur, « qu'à titre exceptionnel et « dans une faible proportion. »

(1) « Il ajoute qu'il doit être variable. Il veut dire « que les prix différeront suivant la nature des cham-« bres et suivant les catégories de pensionnaires, par « exemple, malades ou blessés. Mais, pour chaque « catégorie ou pour chaque nature de chambre, le « prix sera fixé une fois pour toutes par une délibéra-« tion soumise à votre approbation. Il serait mauvais « que chaque admission donnât lieu à une transaction « particulière, à une sorte de marchandage. »

II. — Les Abus.

Les instructions précédentes, qui ont le grand mérite d'être fort détaillées, ont bien prévu que des abus pourraient être commis. « Il ne manque pas de per-« sonnes qui, possédant une certaine fortune, cher-« chent à s'introduire à l'hôpital pour obtenir à « moindres frais des soins qu'ils sont en état de se « procurer ailleurs. »

Si l'admission des malades « petits payants » ne prête point trop le flanc à la critique, l'hospitalisation des malades aisés a donné et donne, en effet, journellement, lieu à des fraudes préjudiciables aux hôpitaux et médecins. Nous nous contenterons de signaler quelques exemples et quelques références (1).

Au Congrès national d'assistance de 1894, le docteur Le Blond fit, au nom du Syndicat médical de la Seine, un rapport sur « Le contrôle à établir dans les hôpitaux, cliniques et dispensaires officiels ». L'auteur, s'appuyant lui-même sur des communications de ses confrères de Beurmann, Quercy, Fissiaux, Chevallereau, Bimsenstein, etc., cita un très grand nombre de cas où des malades riches, pouvant aisément se faire soigner à domicile ou dans les maisons de santé les mieux aménagées, étaient parvenus à se faire traiter à l'hôpital pour un prix de journée infime.

En 1900, la *Province Médicale*, dans la vive campagne qu'elle menait contre ces mêmes malades, signalait un certain nombre de cas concernant les hôpitaux lyonnais, dont celui-ci :

(1) *Nihil novi sub sole* ! Jambon (Notice sur l'Hôtel-Dieu de Lyon, p. 60), dit, en parlant de cet établissement, que « avec ceux que la nécessité y amène, en-« trent aussi les victimes de la paresse, et même, « chose déplorable, les spéculateurs froids et égoïstes « qui ménagent leur fortune aux dépens de l'aumône « accordée à la pauvreté », et cite l'exemple suivant : « Louis XIII étant à Lyon (1630), quelques grands « seigneurs de sa cour voulurent envoyer à l'Hôtel-« Dieu leurs domestiques malades, pour y être traités « gratuitement ; les recteurs, irrités de cette incon-« venance, refusèrent de les recevoir, à moins qu'il « ne fût compté 12 liv. à l'admission de chacun d'eux ».

Le nommé X... était venu se faire opérer de la cataracte, à l'Hôtel-Dieu, pour 2 francs par jour. Prévenu par un témoin, indigné de voir ce riche prendre la place d'un pauvre, le chirurgien se renseigne et apprend que son malade est presque un millionnaire et possesseur d'immeubles sur un de nos plus beaux quais de Lyon. Il le menace de le faire expulser de son service, s'il ne verse immédiatement la somme de 500 francs entre les mains de l'économe au profit des pauvres de l'hôpital. Le faux pauvre s'exécute et verse la somme.

Dans le *Lyon Médical* de 1905, le docteur Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon, cite un certain nombre d'exploitations regrettables, dont les suivantes :

a) Un propriétaire de l'Isère, porteur d'une hernie étranglée, accompagné par son médecin, chargé de lui faire des piqûres de morphine, passe à Lyon 24 heures, est opéré au milieu de la nuit par le chirurgien de garde ; coût : 3 fr. 50. Lorsqu'on lui réclame des honoraires que justifierait sa situation de fortune il déclare qu'il a payé le prix de journée et qu'il ne doit plus rien.

b) Un propriétaire des environs de Lyon, célibataire, ayant déposé 1.400 francs à l'Economat, vient de se faire inciser un phlegmon. Il meurt, en laissant 300.000 francs à ses héritiers.

c) Un officier démissionnaire, ayant une situation lucrative, demande à faire accoucher sa femme à l'Hôtel-Dieu, en disant qu'il serait bien sot de bouleverser sa vie et sa maison et de dépenser son argent pour que sa femme accouche en ville dans des conditions moins bonnes qu'à l'hôpital, où cela ne lui coûtera que 3 fr. 50 par jour.

d) Une autre dame des environs de Lyon vient accoucher à la même maternité de l'Hôtel-Dieu, alors que pour un premier accouchement difficile, elle avait payé 800 francs à son médecin. Elle paya 37 fr. 50 à l'Economat, plus 50 francs de gratification qu'elle voulut bien laisser au personnel du service.

Pendant cette même année 1905, le docteur Albertin, chirurgien des hôpitaux de Lyon, fit paraître, dans le *Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône*, de très justes observations au sujet de l'admission des malades non indigents dans les hôpitaux de Lyon : mêmes plaintes toujours.

En 1906, le docteur Vignard (1) montre les conséquences des abus commis par les exploitateurs de la charité et de l'assistance publique, savoir :

« 1° L'encombrement énorme des services ;

« 2° La nécessité de refuser tous les jours l'accès de l'hôpital à de véritables indigents ;

« 3° Le rôle ridicule et odieux auquel est obligé de se plier le corps médico-chirurgical, rôle ridicule, parce qu'il est vraiment plaisant de voir chacun de nous donner gratuitement son temps et sa peine à des malades qui pourraient rétribuer l'un et l'autre ; rôle odieux, parce que, ce faisant, nous privons de ressources légitimes des confrères qui voient leur clientèle affluer à l'hôpital. »

En 1907, l'Assistance Publique de Paris affiche un avis rappelant que les consultations des hôpitaux et dispensaires sont exclusivement réservées aux malades privés de ressources et qu'elle exercera au besoin des poursuites pour le recouvrement d'office des frais de séjour ou de consultation et pour la répression des abus.

Cette même année 1907, le docteur Louis Dor suggère au Syndicat général des oculistes français des *réformes destinées* à supprimer, sinon réduire, les abus (1).

En 1912, ce Syndicat porte à la connaissance du corps médical les faits suivants :

Au cours du premier semestre 1911, M. X..., *de situation aisée*, s'est fait hospitaliser et opérer de la cataracte, *à titre gratuit*, dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital. En agissant ainsi, non seulement il frustrait le corps médcial des honoraires, dont un de ses membres aurait légitimement bénéficié, mais encore il accaparait, au détriment d'un malade nécessiteux, un lit de l'hôpital où il se faisait opérer.

Ce fait ayant été signalé à notre Syndicat, celui-ci a adressé une énergique protestation au Directeur de l'établissement hospitalier, qui, après une enquête établissant la situation aisée de M. X..., et avec l'autorisation du Ministre de l'Intérieur, le poursuivit en paiement de la somme de 1.000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Afin d'éviter les poursuites dont il était menacé, *M. X... dut se soumettre et payer les* 1.000 *fr. qui lui étaient réclamés par l'administration.*

Le Ministre de l'Intérieur, reconnaissant le tort subi par le corps médical, a autorisé le Directeur de l'hôpital à verser, sur cette somme, 500 fr. à notre caisse syndicale.

Le Syndicat général des oculistes français pense qu'il est inutile d'insister auprès de ses membres et du corps médical tout entier sur l'importance de pareil précédent, qui, s'il est suivi d'autres exemples de ce genre, ne tardera pas à détourner les malades aisés de se faire soigner, sans scrupule, dans les hôpitaux uniquement créés pour les nécessiteux.

Le Syndicat général des oculistes français demande instamment à tous les ophtalmologistes, à tous les membres du corps médical, à tous les syndicats et groupements professionnels médicaux, de faire connaître à son Secrétaire général les cas qu'ils pourraient apprendre et dans lesquels des personnes aisées se seraient fait soigner ou opérer d'affections oculaires dans les services des hôpitaux. Des démarches identiques à celles dont M. X... a été l'objet seront faites, avec la plus grande énergie, auprès des pouvoirs pu-

(1) Hospices civils de Lyon. — Admission des malades payants dans les hôpitaux de Lyon. — Rapport de M. le Dr Vignard, au nom du Comité médico-chirurgical, 5 février 1906. (Lyon, imprim. Legendre, in-4°, 21 pp.).

(1) Règlement de l'admission des malades dans les services ophtalmologiques ; rapports par le Dr Louis Dor, (de Lyon). — Extrait du *Bulletin officiel du Syndicat général des oculistes français.* — Angers, Germain et Grassin, éd, 1907, in-4° 79 pp.

Correspondance hebdomadaire
(*Suite*).

Je dois ajouter que les premiers bulletins de maladie portaient 5 km., mais le troisième réduisait la distance et portait l'indemnité kilométrique à 4 km. A plusieurs reprises j'ai écrit au maire qui, médecin malheureusement, a eu la mauvaise volonté ou l'insolence de ne pas me répondre depuis plusieurs mois.

Réponse. — Pour le calcul des distances donnant droit à l'indemnité de déplacement, il y a lieu, puisqu'il s'agit de soins donnés à un indigent, de s'en rapporter au règlement départemental de l'assistance médicale gratuite.

A défaut d'indication particulière déterminant le mode de calcul de ces distances dans le règlement, ce serait la distance officielle, établie par les ponts-et-chaussées, qui devrait servir de base. Pour connaître cette distance, vous pourriez vous adresser à la préfecture.

1604. Dr B., à S., à *Concours.* — Veuillez avoir l'obligeance de me donner des renseignements sur une compagnie d'assurances que vous connaissez sans doute, la S. J'ai ouï dire qu'elle était en liquidation et suis porté à le croire, à en juger par le silence qu'elle oppose à mes réclamations de paiement d'honoraires. Et à ce propos, si la susdite compagnie continue à ne pas me répondre en ce qui concerne le paiement de deux sinistres (assurances collectives agricoles) n'ai-je pas d'autres ressources que d'attaquer les deux sinistrés qui ont réclamé mes soins ? Et comment doit-on procéder vis-à-vis de ces derniers ?

Autre renseignement au sujet de l'établissement d'une note d'honoraires : j'ai soigné un blessé qui a eu deux doigts amputés par une scie circulaire, d'où désarticulation des deux tronçons de doigts et pansements antiseptiques consécutifs. Dois-je, en pareil cas, compter une ou deux désarticulations et un ou deux pansements antisep-

Suite page XXII

blics, pour que des sanctions analogues soient poursuivies.

Pour le Syndicat général des oculistes français :

Le Secrétaire général,

Dr F. Cosse,

2, rue George-Sand, Tours.

Le 25 février 1912.

Un dernier exemple, caractéristique, relaté dans un rapport récent de M. l'administrateur Leblanc au Conseil des Hospices civils de Lyon, séance du 8 avril 1914 : un malade, n'habitant pas Lyon, qui avait dû subir dans un de nos établissements une très grave opération, manifestait fréquemment, pendant sa longue convalescence, le très vif désir de quitter l'hôpital ; jugeant qu'il y aurait danger pour lui à le laisser partir, le chef de service refusait de lui en donner l'autorisation ; mais, devant son insistance, il lui demanda ce qui pouvait l'obséder de la sorte. Le malade répondit : « C'est le moment de mon travail ; j'ai 20 hommes à mon service, qui ne peuvent travailler sans moi. »

Nous nous arrêtons là, persuadé que les cas que nous avons cités, en particulier pour la région lyonnaise, se reproduisent partout, avec fréquence, et notamment dans les grands centres hospitaliers.

III. — Les Remèdes aux Abus.

Tout mal appelle un remède ; aussi a-t-on essayé de supprimer les abus résultant des admissions de payants. Les moyens envisagés sont de diverses sortes, et nous les examinerons, succinctement, tour à tour :

1° *L'hôpital gratuit pour tous.* — On a proposé l'hôpital gratuit pour tout le monde, ouvert aux non indigents comme aux indigents. La société, dit-on, ne s'inquiète pas de savoir si, pour s'instruire, l'enfant a, ou non, des ressources ; l'école est gratuite pour tous, les soins à donner aux malades devraient être également gratuits. On ne saurait, sans doute, s'appesantir sur cette socialisation de l'assistance publique ; une telle réforme de nos institutions est certes intéressante, mais d'une réalisation lointaine.

2° *Point de malades payants dans les hôpitaux.* — Sans aller jusqu'à demander l'admission gratuite des riches comme des pauvres, on a dit qu'il ne fallait recevoir aucun malade payant ; le traitement de malades qui remboursent leurs frais de séjour permet au hôpitaux de se livrer à un commerce, de réaliser des bénéfices, ce qui sort de leur rôle. « Nous protestons au nom des vrais pauvres, qui trouvent trop souvent leur place prise par des malades payants, alors qu'ils meurent à la porte de l'hôpital, faute d'y trouver un lit vacant. »

Ainsi s'explique le Dr Le Blond, qui fait voter, au Congrès de 1894, les propositions suivantes :

1° L'hôpital est réservé aux seuls indigents ;

2° Quiconque, se trouvant dans une situation de fortune lui permettant de subvenir aux soins que nécessite son état de maladie, aura eu recours aux établissements de bienfaisance, commet une contravention ;

3° Quiconque, hormis le cas d'urgence, aura commis cette contravention, devra rembourser tous les frais qu'il aura occasionnés et sera passible, en outre, d'une amende de 5 à 15 francs. En cas de récidive, il pourra, en outre, être frappé d'une peine de 1 à 5 jours de prison.

Mais la réforme proposée, point de malades payants dans les hôpitaux, apparaît comme trop radicale, même à ceux qui votent ces propositions, et le Congrès de 1894 adopte, d'autre part, un article additionnel ainsi conçu :

Toutefois dans les localités où l'initiative privée est impuisante à assurer un traitement convenable aux personnes ne figurant pas dans la catégorie cidessus visée,les établissements d'assistance peuvent, par exception, créer des salles ou des chambres payantes.

C'est que la suppression pure et simple des malades payants irait à l'encontre de la justice et de l'équité ; il y a toute une catégorie de petits payants, de demi-indigents, d'employés ou de paysans dont le gain est relativement élevé, mais dont les charges de famille sont lourdes, qu'il est humain, et, ajouterons-nous, qu'il est indispensable à la santé publique, d'accueillir dans les hôpitaux civils.

Bien mieux, d'excellents esprits proposent de développer, de favoriser l'admission de ces petits payants, en leur facilitant l'exécution de leurs obligations envers l'hôpital, en leur réduisant même le prix de journée à verser.

« Je crois — dit M. l'administrateur Leblanc, dans un rapport signalé déjà — « je crois qu'il faudrait « envisager pour les payants ou pour une catégorie « de payants,la possibilité de ne pas exiger le paie- « ment des frais à l'avance, mais, au contraire, la « faculté d'accorder un crédit avec des engagements « à échéances déterminées. J'ai la conviction que « souvent l'impossibilité où certaines familles se « trouvent, dans un moment de gêne, de disposer « de la somme à déposer, les poussent à solliciter un « certificat d'indigence, alors qu'avec du temps elles « pourraient s'acquitter et accepteraient de payer « l'hospitalisation.

« Puis, certaines réductions pourraient être consenties, suivant les renseignements obtenus ; alors « que l'on ne peut payer 4 francs par jour, il est sou- « vent possible d'en payer la moitié ou le tiers. Il « ne faut pas oublier que les hôpitaux n'effraient « plus comme autrefois les familles, qu'elles savent y « trouver des installations modernes, un corps mé- « dical de grande valeur, qui leur donnent plus de « sécurité que chez elles. »

3° *L'enquête lors de l'admission.* — Certains hôpitaux accueillent trop facilement les malades aisés, et, du moment que les frais de séjour sont acquittés, — dans la plupart des cas par des versements provisionnels, — ne s'inquiètent pas de rechercher si la

situation des individus ne leur permettrait pas de se faire traiter à leurs frais, à domicile, ou dans une maison de santé.

Aussi a-t-on proposé de n'admettre les payants qu'en procédant à une enquête sérieuse, immédiate, sur leur état de fortune. Si le malade a un salaire ou des appointements supérieurs à une somme à déterminer par règlement, s'il a la charge d'un loyer dépassant également tarif à fixer, si ces contributions dépassent, pour la campagne, par exemple, 30 francs de mobilière, 40 de foncière, 100 de patente, il ne doit point être admis au rang des payants, et être réputé pouvoir se faire soigner ailleurs qu'à l'hôpital.

Ces procédés d'enquête ne peuvent évidemment être critiqués.

Les hôpitaux de Lyon exigent du malade une déclaration signée (1), qui leur sert ultérieurement pour poursuivre, s'il y a lieu, le recouvrement des sommes dues, ou qui peut être le point de départ d'une action en dommages-intérêts.

4° *L'exclusion immédiate du malade entré par fraude.* — Voici un autre moyen dont la réalisation paraît aisée : lorsqu'un hôpital s'aperçoit qu'un faux indigent est parvenu à occuper un lit, elle peut l'exclure et le renvoyer, ou à son domicile, ou dans une maison de santé, où il est en mesure de payer pension et honoraires médicaux.

Encore faut-il que cet exeat soit prononcé par l'administration de l'hôpital elle-même, qui seule est moralement et pécuniairement responsable des conséquences de son acte, et non par le médecin ou le chirurgien : « Des injonctions faites directement par « le médecin au malade pour le contraindre à sortir « de l'hôpital, ont de graves inconvénients. Non seu- « lement elles peuvent donner prise à des interpréta- « tions regrettables, mais encore elles sont le prétexte « de critiques mal fondées contre les médecins et « contre l'administration, tenue pour responsable « des propos attribués à ses collaborateurs. » (2).

Mais, le malade étant parti, il n'en résulte pas moins que les intérêts hospitaliers et médicaux sont et restent lésés, et que l'exclusion pure et simple n'est qu'un palliatif insuffisant.

Aussi a-t-on recommandé le recours aux tribunaux.

5° *L'action judiciaire contre le malade entré par fraude.* — En l'absence d'un texte de loi formel, aucune action pénale ne saurait être introduite contre un malade admis par fraude, alors que la plus petite contravention peut être déférée aux parquets. Nous signalons une disposition légale, qu'il serait facile d'appliquer par analogie aux cas qui nous intéressent ; c'est l'article 26 de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire, ainsi conçu : « Si le retrait « de l'assistance a pour cause une *déclaration frau-* « *duleuse de l'assisté, relativement à son indigence,* « celui-ci peut, sur l'avis du bureau, être traduit de- « vant le tribunal de police correctionnelle et con- « damné, *indépendamment du paiement des droits et* « *frais de toute nature* dont il avait été dispensé, à « une amende égale au montant total de ces droits « et frais, sans que cette amende puisse être au-des- « sous de 100 francs, et à un emprisonnement de huit « jours au moins et de six mois au plus. »

En attendant une loi qui permette aux commissions administratives de faire punir ceux qui, équitablement, n'ont pas droit aux secours d'hôpital, il n'est pas d'autre action possible que l'action civile.

Les hôpitaux sont en droit, en se basant uniquement sur les principes généraux du droit civil, de demander, indépendamment des frais de séjour et à titre de dommages-intérêts, une somme destinée à compenser légitimement le préjudice causé aux indigents. L'art. 5 de la loi du 7 août 1851 leur permet même d'exercer un recours contre les membres de la famille.

Les Hospices civils de Lyon ont procédé ainsi dans diverses hypothèses, et ont obtenu notamment un intéressant jugement, que nous relatons en note, et qui pourra servir aux assemblées hospitalières ayant à engager un procès (1).

---

(1) Déclaration de malade :

Je, soussigné.................................
profession ....
né à ....
épou.... de ....
veu.... de ....
célibataire, demeurant à ....
....
déclare avoir à ma charge ma famille composée de :..
....
et n'avoir d'autres ressources que ....
....

Certifié sincère :
Lyon, le ....191 .

(2) Lettre des Hospices de Lyon, du 2 mars 1911, au Président du Comité médico-chirurgical.

(1) Trib. civ. Lyon (1re Chambre), 21 février 1908. — Attendu que, suivant exploit de Giry, huissier à Lyon, en date du 24 novembre 1907, enregistré, les Hospices civils de Lyon ont fait assigner B... en paiement de frais d'hospitalisation pour soins donnés à son enfant à la Charité pendant plus de deux mois ;

Attendu qu'à l'appui de leur demande, les Hospices civils de Lyon expliquent que B... a, le 4 novembre 1906, fait admettre, à l'Hospice de la Charité, son enfant atteint d'une fièvre typhoïde ;

Que B... a bien effectué les versements exigés par les règlements, lors de l'entrée du malade et pendant son séjour, mais que, eu égard à la situation de fortune du défendeur, ces versements constituent une rémunération insuffisante des soins spéciaux et nombreux dont son enfant a été entouré ;

Attendu que la demande des Hospices civils de Lyon est régulière en la forme ; que le Conseil municipal de Lyon a émis, le 22 juillet 1907, un avis favorable à la délibération du Conseil d'administration des Hospices civils de Lyon, contenant décision d'engager la présente instance ;

Attendu, au fond, que cette demande est justifiée : qu'en effet on ne peut admettre qu'une famille fortunée comme la famille B..., puisse faire entrer un de ses membres dans un hôpital et se croire libéré de toute rémunération envers l'Administration, le chef de service et le personnel, en payant simplement le prix de journée réglementaire pour les indigents ;

Qu'adopter toute autre opinion aurait pour résultat de permettre à une famille fortunée de réaliser des économies au détriment des malades indigents et de faire occuper un lit en remplacement d'un pauvre qu'on ne pourrait admettre, faute de place ;

Attendu d'ailleurs que B... ne conteste pas le prin-

6° *Les honoraires médicaux en sus du prix de la journée.* — Le corps médical est plutôt enclin à voir une solution de la question des malades payants dans l'allocation d'honoraires en sus du prix de journée, devant être versés aux praticiens eux-mêmes.

Il est logique, dit-on, que les honoraires, représentant souvent une opération fort délicate, mais qui ne nécessitera pas un long séjour de l'individu, soient calculés à part ; de plus, les médecins hospitaliers ont à donner des soins gratuits à des indigents, non pas à des gens aisés.

Un certain nombre d'administrations font, par suite, payer distinctement les honoraires (Grenoble, Le Mans, Lille, Rennes, Tarbes, Vichy, etc.), et il semble qu'il existe une tendance actuellement marquée à autoriser les médecins à recevoir, en dehors que leur traitement, en dehors de toute convention les liant à l'hôpital, le prix spécial de leur intervention.

Le règlement des hospices de Bernay, approuvé le 21 août 1913, contient un article ainsi conçu : « Les « médecins de l'hôpital ont l'autorisation de réclamer « directement au malade, et en dehors de toute inter- « vention de l'administration, le montant de leurs « honoraires pour soins médicaux et chirurgicaux. »

Des dispositions analogues ont inspiré le règlement antérieur en date d'Oyonnax, et celui postérieur en date de Château-Renault (1).

Les Hospices de Lyon ont été sur le point, en 1907, d'adopter une réglementation semblable ; mais le projet, adopté par une commission mixte de médecins et d'administrateurs, est resté sans suite à ce jour (2).

cipe même de la demande ; qu'il a, à diverses reprises, fait à l'Administration des offres jugées insuffisantes ;

Attendu que le Tribunal a les éléments nécessaires pour fixer à la somme de 650 francs les frais supplémentaires de traitement pouvant être dus aux Hospices civils de Lyon ; qu'il y a lieu de déduire une somme de 100 francs précédemment versée ;

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Le Tribunal, statuant publiquement et contradictoirement, en matière sommaire et dernier ressort, le Ministère public entendu, après en avoir délibéré ;

Condamne B... à payer aux Hospices civils de Lyon la somme de 550 francs, avec les intérêts de droit à compter du jour de la demande, pour les causes sus-énoncées ;

Le condamne, en outre, en tous les dépens de l'instance.

(1) Voy. *Revue de législ. et d'adm. hosp.*, 1913, pp. 142 et 186 ; Rapport général Borie, déjà cité, p. 67.

(2) Voici quelles étaient les conclusions du projet présenté :

Ces malades (les payants) seront admis dans les services :

1° Au rang commun, comme tous les autres ;

2° En nombre limité, c'est-à-dire que, dans chaque salle, il leur sera réservé un nombre de lits fixé à l'avance et à déterminer (il sera du sixième ou du dixième des lits existants). Le nombre des lits occupés par les malades de cette catégorie ne pourra jamais être dépassé.

Lorsqu'un ou plusieurs des lits de cette catégorie seront inoccupés, ils pourront toujours être attribués à des indigents. L'inverse sera formellement interdit.

Ces malades paieront à l'Administration un prix de journée supérieur au prix actuel et à déterminer. Ils paieront, en outre, au médecin ou au chirurgien, une indemnité.

Cette indemnité, admise dans le règlement général comme comprise dans le prix de journée, ce qui s'appliquerait assez bien aux malades de médecine, doit être perçue de façon différente, en ce que concerne les malades de chirurgie.

En effet, en chirurgie, avec le système du prix de journée global, un malade porteur d'une affection qui ne nécessiterait qu'une légère intervention et, cependant, un séjour de deux mois à l'hôpital, paierait plus cher, que tel autre malade, ayant subi une intervention grave, importante, et dont la guérison serait l'affaire de 15 jours ou 3 semaines.

Pour prendre deux faits, une fracture de jambe, qui resterait trois mois à l'hôpital, et à laquelle on aurait fait un plâtre, paierait au tarif global de 6 francs par jour, par exemple, une somme de 540 fr. alors qu'une hernie étranglée, guérie au bout de 15 jours, n'aurait à payer que 90 francs.

Il semble donc que, pour les malades de chirurgie, il serait plus juste de fixer cette indemnité d'après un tarif établi *ne varietur* et qui pourrait être celui des accidents du travail ou de l'assistance ouvrière,ou le tarif girondin, ou le tarif du *Concours médical*, ou tout autre à débattre et à déterminer.

Les recouvrements, à l'hôpital, de cette indemnité, et les enquêtes auxquelles pourrait donner lieu l'établissement de la situation de certains malades, se feraient, par les soins de l'Administration et seraient confiés à un employé dont la rétribution serait supportée par le corps médical, dans une proportion à déterminer.

L'Administration se réserve le droit de demander une indemnité aux malades entrés dans la classe indigente par suite d'erreur ou fausse déclaration.

Les instructions (voy. ci-avant note sous l'art. 26 de la circ. de 1899) sont opposées à l'allocation d'honoraires médicaux ; si le traitement des malades payants doit donner plus de travail aux médecins et aux chirurgiens, il est libre à ces derniers de demander aux commissions administratives des indemnités supplémentaires ou des augmenattions de traitement, mais le malade ne doit pas payer autre chose qu'un prix de journée « tout compris », préalablement déterminé.

Quant aux tribunaux, — car la question est posée périodiquement devant eux, — ils admettent que le corps médical a le droit de réclamer des honoraires spéciaux du malade dans deux cas bien déterminés :

1° Lorsque le règlement intérieur de la commission oblige expressément le malade à payer au médecin des honoraires ;

2° Lorsque le malade et le médecin ont passé une convention spéciale entre eux (1).

Il faut d'ailleurs observer que les tribunaux n'ont guère été appelés à statuer que sur des considérations de fait, et c'est ce qui explique que la Cour de cassation n'ait pas eu encore à se prononcer. Par conséquent, tant qu'un procès de malade payant n'aura pas été déféré à la Cour souveraine, il subsistera des

(1) Voy. Cour Montpellier, 25 mars 1900. S. 1902, 2, 204 ; Trib. Agen, 17 mai 1902. *Mon. Jud. Lyon*, 23 juillet 1902 ; Trib. Orléans, 25 février 1903. *Gaz. Tri.* 1903, 1, 416 ; Trib. Nantua, 12 août 1903; *Rev. Et. bienf.*, 1904, 89 ; Trib. Mende, 15 nov. 1911. *Rev. législ. et adm. hosp.*, 1912, 44 .— Quelques juges de paix ont néanmoins décidé que les médecins étaient dans tous les cas fondés à réclamer des honoraires distincts du prix de journée (Trib. paix Cosne, 20 juillet 1901. *Rev. bienf.*, 1902, 43 ; Trib. paix Loiron, 1er octobre 1901. *Revue Et. bienf.*, 1902, 17).

doutes sur la validité de la convention, par laquelle le médecin hospitalier, en l'absence de dispositions réglementaires intérieures l'autorisant à percevoir des honoraires, stipulerait d'un malade la rémunération de ses soins ; on pourra soutenir que le médecin, lié par un traité avec l'hôpital, pour y soigner tous les malades admis, contreviendrait à ce traité en se faisant consentir une promesse d'honoraires et que cette promesse serait nulle et de nul effet (1).

7° *Les hôpitaux payants* ; *maisons de santé annexées aux hôpitaux.* — La question de l'admission des malades payants serait pour beaucoup très simplifiée, si l'on créait des hôpitaux exclusivement payants, ou, plus exactement, des cliniques payantes, des maisons de santé annexées aux hôpitaux ; des prix proportionnés à la situation de fortune des malades constitueraient une rémunération avantageuse pour l'hôpital, qui pourrait utiliser les bénéfices réalisés à l'amélioration de ses services d'indigents, les médecins et les chirurgiens percevraient leurs honoraires ; on pourrait même autoriser les hospitalisés à se faire soigner par leur médecin habituel, ou par tel ou tel médecin de leur choix, qu'aucune attache ne lierait à l'administration. L'hôpital payant pourrait même être envisagé comme un débouché pour les jeunes médecins, pour qui les débuts sont de plus en plus difficiles.

Des maisons de santé, établies dans des conditions analogues, existent déjà.

Depuis fort longtemps, la Maison municipale de santé, que gère l'Assistance publique de Paris, traite les malades aisés qui, avec des soins assidus, cherchent le confort et l'indépendance ; toutefois, les prix de journée, proportionnels, suivant que l'hospitalisé est dans un appartement, dans un petit logement, dans une chambre à deux lits, ou dans une chambre à trois et quatre lits, comprennent toutes les visites, consultations et opérations, tous les frais de pansements, de nourriture, de médicaments, de linge, de chauffage, etc. Les malades peuvent appeler à leurs frais, en consultation, tel médecin ou chirurgien des hôpitaux qu'ils désirent.

La maison de santé dite « Pensionnat Bon-Secours » annexée à l'un des hôpitaux civils de Nancy, est en général l'exemple que l'on cite pour démontrer que la création d'hôpitaux payants doit être résolument envisagée : les malades, soignés en chambres particulières, choisissent eux-mêmes leurs chirurgiens et leurs médecins, et leur règlent leurs honoraires directement, sans intervention de l'administration hospitalière. Cette annexe fonctionne au mieux des intérêts des malades, des médecins, et en même temps des Hospices de Nancy, auxquels elle rapporterait un bénéfice de 50.000 francs par an.

Les instructions, nous l'avons déjà vu, veulent que les hôpitaux civils ne soient point transformés en maisons de santé ; on fait valoir d'excellents arguments pour que ces instructions ne soient pas rapportées.

« L'hôpital », dit M. Winter, inspecteur général de services administratifs dans le rapport sur les hôpitaux, présenté en 1913 à M. le Ministre de l'Intérieur, « l'hôpital a été créé pour les indigents, et c'est « le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants. La transformation « partielle des hôpitaux en maisons de santé est une « atteinte portée à la régulière affectation des fondations hospitalières. Le principe de la spécialité « des établissements publics s'oppose également, « d'ailleurs, à ce que les hôpitaux se livrent à une « opération ayant un caractère commercial. Cette « opération, au surplus, les mettrait en concurrence, « dans des conditions privilégiées, avec les maisons « de santé privées. D'autre part, l'assistance aux malades peu aisés par la mise à leur disposition de maisons de santé économiques répond sans doute à « un besoin très réel, mais les hôpitaux sont, en général, tout juste suffisants pour l'admission des « malades indigents, et l'expérience a montré que « l'admission des malades aisés ou peu aisés nuit « souvent aux services de malades indigents pour « lesquels l'hôpital a été spécialement créé. Il serait difficile, en effet, pratiquement, d'empêcher « que ce soit les malades aisés et non les malades peu « aisés qui profitent des maisons ds santé hospitalières, si l'institution en était généralisée. Or le « traitement des malades aisés paraît seul rémunérateur, et celui des malades peu aisés se traduirait « vraisemblablement par une charge qu'il n'est pas « possible de faire supporter aux dotations hospitalières ».

***

Est-il utile d'insister plus sur ce problème des ma-

(1) Nous limitons notre étude, ainsi que nous l'avons dit, aux malades payants proprement dits ; un mot seulement des honoraires médicaux, en ce qui concerne les accidentés du travail traités à l'hôpital.

La loi du 31 mars 1905 ne met à la charge du patron ou de la Compagnie d'assurances qu'un prix de journée qui, tout compris, ne doit pas dépasser 3 fr. 50 en province et 5 francs à Paris. Ces termes « tout compris » s'opposent à ce que les médecins et chirurgiens d'hôpitaux exigent des honoraires pour les soins donnés aux accidentés, et les tribunaux devant un texte aussi impératif seraient dans l'obligation de rejeter leurs réclamations.

Toutefois, la jurisprudence a décidé que, lorsqu'un hôpital insuffisamment pourvu, ou le médecin de cet hôpital, appelait, pour une intervention d'urgence nécessaire à la sauvegarde de la vie du blessé, un chirurgien ou spécialiste étranger à l'établissement, les frais et honoraires dus à ce chirurgien ou spécialiste devaient incomber à la Commission administrative de l'hôpital (Cass., 25 mars 1909. Hospice de la Loupe, S. 1909, 1, 438).

Le Corps médical demande actuellement que le chef d'entreprise soit tenu des frais d'hospitalisation, comprenant d'une part le prix réel des frais d'entretien à l'hôpital, d'autre part les frais médicaux et pharmaceutiques, que se feraient rembourser directement les médecins et pharmaciens d'hôpitaux eux-mêmes.

Nous n'insistons pas sur cette question, qui a fait l'objet de longues et intéressantes communications au Congrès de Saint-Etienne de MM. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, docteurs Boudin et Descusses (Voy. Rapport général Borie, déjà cité, pp. 64 et s.).

lades payants ? Nous ne le croyons pas. Si complexe que la question se présente, il paraît d'ores et déjà possible d'employer certains moyens pour déjouer ou réprimer les fraudes, que seraient tentés de commettre les malades peu scrupuleux, et, pour ce, il suffit de bonne volonté réciproque des médecins et des administrateus hospitalières, d'une lutte commune contre les faux pauvres. Est-il possible, d'autre part, de trouver une solution complète ? L'allocation d'honoraires spéciaux aux médecins, l'institution de maisons de santé annexées aux hôpitaux civils sont-elles réellement possibles, et si oui, nécessaires ? Nous ne doutons pas que le congrès de 1914 ne propose des réalisations pratiques, qui, sans nuire aux intérêts des indigents, clientèle légale des hôpitaux, permettront de ne point négliger les intérêts des médecins, auxiliaires indispensables de toute œuvre d'assistance sociale.

***

Nous avons alors demandé la parole et nous avons tout d'abord exposé que la commission administrative de l'hôpital, que nous avions l'honneur de représenter, avait eu l'intention d'étudier les modifications à apporter à son règlement administratif.

A l'occasion de ce problème de l'admission des malades payants, nous nous étions demandé en premier lieu, si l'hôpital avait le droit légal de recevoir d'autres malades que les indigents.

Or, des études juridiques que nous avons faites sur ce point, il ressort que ce droit est très contestable, sinon illicite. Nous avons très rapidement exposé, nous réservant de le faire plus tard, d'une manière plus approfondie, comment, sous l'ancien régime, le clergé avait reçu des donations, des legs pour entretenir des hôpitaux uniquement réservés aux pauvres et aux voyageurs.

La Révolution vint réclamer, pour la Nation, le privilège de secourir les misérables ; par suite elle mit la main sur les biens du clergé, puisque ces biens n'avaient plus leur destination de bienfaisance. Plus tard, la loi du 16 vendémiaire an V reconstitue les biens d'assistance et conserva les hospices civils dans la jouissance de leurs biens, tout en réglant la manière dont ils seront administrés. La loi du 16 messidor an VII, dans ses articles 6, 13 et 14, ne parle que de l'hospitalisation des indigents.

La loi du 7 août 1851 ne fait allusion qu'aux pauvres. Seul le règlement modèle du 15 décembre 1899 signale qu'il sera possible, dans certains cas, de recevoir des malades non indigents, mais dans des chambres ou salles payantes, jamais dans la salle commune.

De l'ensemble de tous ces textes, qu'il était impossible d'examiner à fond, devant le Congrès, il résulte que la pratique actuelle, consistant à recevoir, dans un hôpital, et dans la même salle, des indigents et des payants, est fort critiquable et pourrait susciter de graves ennuis. Mais cet errement est consacré par une longue habitude ; on peut invoquer, en sa faveur, l'adage : *error communis facit jus.* C'est que l'admission des malades payants dans un hôpital de petite ville peut présenter de sérieux avantages.

Examinons ceux-ci très rapidement.

1° Pour les malades payants :

Ils ont intérêt à être soignés dans leur ville, tout près des leurs, au centre de leurs affaires. Ils recevront les soins de médecins connus d'eux, en qui ils ont confiance. Ils ne se sentiront donc pas en exil, dans un établissement inconnu.

Ils éviteront ainsi les souffrances et les dépenses d'un déplacement, lorsque celui-ci est possible.

Enfin, pour toute maladie longue et pénible à soigner, pour toute affection chirurgicale ou contagieuse, la famille pourra faire transporter le malade à l'hôpital, où il sera mieux soigné qu'à domicile.

2° Pour l'hôpital :

L'admission des malades payants offre un avantage pécuniaire des plus nets. Il y a, de ce chef, des ressources supplémentaires, qui permettent de boucler un budget.

D'autre part, l'hôpital a le sentiment de remplir son devoir social, en recevant d'abord les pauvres, puis les petites gens, les semi-indigents, qui ne pourraient pas faire les frais d'une maison de santé. Enfin, les malades aisés sont soignés sur place.

Rappelons également que l'hôpital reçoit, comme payants, les victimes aisées de la voie publique, ou les voyageurs malades de passage.

Il n'est pas inutile, non plus de signaler l'avantage moral, qui consiste à rehausser le renom d'un hôpital, qui, bien outillé et aménagé, peut faire soigner et opérer tous les malades d'une région.

3° Pour les médecins :

Par ce temps de pléthore médicale, nous assistons à une décentralisation continue de l'art de guérir. Dans beaucoup de petites localités viennent s'installer de jeunes médecins, ayant étudié une spécialité à l'hôpital du grand centre, pour se créer une clientèle spéciale dans des villes de faible importance.

Ces médecins pourront exercer une partie de leur activité à l'hôpital, s'ils ont la possibilité d'y soigner leurs malades et de toucher, de ceux-ci, les honoraires qu'ils ont su gagner par les services rendus.

Mais, ce beau côté de la médaille a son revers. Quels sont les inconvénients qui résultent de l'admission des malades payants dans les hôpitaux ?

Lorsque l'établissement reçoit dans la salle commune, côte à côte, indigents et payants, les

premiers risquent bien souvent d'attendre à la porte de l'établissement : leurs lits sont donnés, de préférence, à ceux qui peuvent payer.

Mais, comme les malades sont très nombreux, peu à peu s'établit la mauvaise habitude des couchettes : il en résulte un encombrement de la salle commune. Voici donc un personnel hospitalier surmené, par suite de cette augmentation de malades, d'autant que les payants sont très exigeants, justement parce qu'ils payent et entendent en avoir pour leur argent.

Cet encombrement a été cause d'erreurs regrettables, qui ont entraîné des poursuites en responsabilité professionnelle.

Enfin, les médecins sont parfois obligés d'opérer gratuitement tout hospitalisé. Payants ou indigents doivent recevoir, dans quelques hôpitaux, les soins gratuits du personnel médical. D'où le mécontentement des médecins, qui voient leurs malades aisés leur échapper, pour venir, dans leur propre service hospitalier, se faire opérer à très bon compte ; de même, les autres médecins de la ville, n'ayant pas le droit d'intervenir à l'hôpital, voient leurs clients déserter leur cabinet au profit de la salle d'opération de l'hôpital.

De cette situation regrettable sont sortis quelques conflits. Nous avons fait notre possible, d'accord en cela avec M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publique, pour que ces difficultés ne soient pas soumises aux tribunaux.

Ces litiges peuvent se ranger sous trois chefs principaux :

Un indigent malade ne peut être admis à l'hôpital faute de place. Son cas s'aggrave, et même il en meurt. Sa famille est en droit d'actionner la commission administrative de l'hôpital, qui, au mépris des lois, a admis dans la salle commune, des malades payants. Il y a, de ce chef, mauvaise gestion du bien des pauvres et la question peut être portée devant le Conseil d'Etat.

En second lieu, dans beaucoup d'hôpitaux de second ordre, la commune doit inscrire chaque année, dans son budget, une somme pour l'entretien de l'hôpital et des malades qui y sont en traitement. Un contribuable, opposé comme opinions au maire, président-né de la commission administrative de l'hôpital, pourrait actionner ce magistrat devant le conseil d'Etat, pour mauvaise administration des fonds communaux. En effet, dans nombre de cas, les malades payants n'acquittent pas un prix de journée suffisamment élevé pour rembourser l'hôpital de tous ses débours, prix d'amortissement du lit et des bâtiments, etc. Par suite, partie de la subvention communale sert à entretenir, dans l'établissement hospitalier, des malades, dont la situation de fortune est telle qu'ils pourraient payer intégralement et même au-delà, les dépenses par eux occasionnées.

Enfin, les médecins de l'endroit peuvent actionner la commission administrative, devant les tribunaux judiciaires, pour concurrence déloyale, puisqu'elle tolère, ou favorise, l'admission de malades qui, soignés en dehors de l'hôpital, pourraient payer des honoraires à leur médecin.

Aussi, dans certaines localités, grâce à la collaboration du corps médical avec les commissions administratives hospitalières, a-t-il été possible de remédier à cet état de choses, en établissant un règlement qui puisse permettre de respecter tous les intérêts en présence.

On est parti de ce principe que, dans beaucoup d'endroits, il est impossible de créer une maison de santé privée. L'hôpital pourra donc être l'asile des pauvres et des semi-indigents, et maison de santé pour tous ceux qui peuvent payer.

Un pavillon, des chambres, une salle sont affectés aux malades aisés, qui peuvent ainsi être admis à tous prix. Ils doivent de plus acquitter un prix de location de la salle d'opérations, d'instrumentation spéciale, comme les rayons X, etc. Enfin, ils honorent directement leurs médecins.

De la sorte, il y a une diminution notable des frais généraux, par suite de cette concentration de l'entreprise des soins à donner aux malades. Ceux-ci, lorsqu'ils sont indigents, ne voient pas leurs lits être occupés par des parasites, les payants.

Ces derniers viennent plus facilement à l'hôpital-maison de santé, parce qu'ils restent sur place, au milieu des leurs, et recevant les soins des médecins en lesquels ils placent leur confiance.

Nous ne pouvons pas nous appesantir sur les détails de cette question, à cause de nombreuses modalités d'application et de mise en pratique, mais de cette discussion, nous avons tenu à dégager l'idée générale qui nous a guidé dans la réduction du vœu suivant, que nous avons l'honneur de proposer au vote du Congrès :

Vœu concernant les hôpitaux de petite localité

Le Congrès des Commissions administratives des hospices et hôpitaux ;

Considérant qu'il est du devoir des commissions administratives des hôpitaux de ménager les intérêts des malades et ceux des médecins ;

Que, pour remplir ce double but, il faut :

1° Que les malades indigents puissent toujours être admis à l'hôpital, sans que les lits qui leur sont réservés, soient occupés par des malades payants et sans que les salles soient encombrées de lits supplémentaires ;

2° Que les semi-indigents puissent recevoir, dans les hôpitaux, à prix abordables pour eux, les soins nécessaires à leur état ;

3° Que les malades aisés puissent être admis à l'hôpital, dans des salles ou chambres payantes, lorsqu'il n'existe pas de maisons de santé privées, dans la localité ;

4º Que les médecins doivent être incités à donner toute leur collaboration à cette œuvre sociale ; qu'il faut, pour cela, respecter leur droit aux honoraires, en leur laissant soigner eux-mêmes les malades payants qu'ils auront fait admettre à l'hôpital ;

Invite la commission permanente qui préparera le 3º Congrès, à s'adresser à l'Union des Syndicats médicaux de France, 28, rue Serpente, à Paris, pour que les médecins soient, dès maintenant, conviés à étudier cette question, de concert avec les commissions administratives des hôpitaux, pour le Congrès prochain ;

Emet, en outre, le vœu de voir la Commission administrative de chaque hôpital s'entendre le plus tôt possible avec les syndicats médicaux locaux, pour que soit organisé, dans chaque établissement hospitalier, l'admission des malades aisés, sans nuire aux intérêts sacrés des indigents, ni à *ceux du corps médical*.

M. *Verdet-Kléber*, vice-président de la commission administrative de l'hôpital d'Avignon, fait alors remarquer que notre proposition amènerait une révolution dans l'administration de la plupart des hôpitaux. Ces établissements sont faits pour les seuls pauvres. Pour les semi-indigents, la question est plus délicate.

Comment les reconnaître ? Sont-ce ceux qui sont inscrits sur les listes de l'assistance médicale gratuite ? Sont-ce ceux qui ne payent pas d'impôt ? Très difficile est de fixer la limite qu'il ne faut pas dépasser, pour classer les indigents, les semi-indigents et les gens aisés. Mais, pour lui, son opinion, est très nette ; celui qui peut payer ne doit pas être admis à l'hôpital.

Mais le Dr Boudin propose la collaboration du corps médical : j'estime pour ma part, dit M. Verdet Kléber, que pareille consultation serait dangereuse. Le corps médical remplit un devoir social : celui de donner ses soins à l'humanité souffrante ; mais c'est à ceux qui reçoivent les malades à l'hôpital, et non aux médecins, à délimiter ceux qui doivent être admis de ceux qui doivent prendre le chemin de la maison de santé. En effet, tous ceux qui sont admis à l'hôpital sont égaux et doivent recevoir les mêmes soins. Il ne doit pas y avoir de distinction entre les gratuits et ceux qui payent.

N'oublions pas, néanmoins, que l'hôpital peut admettre les étrangers à la commune, qui, de passage, sont tombés malades et ont besoin de recevoir des soins ailleurs qu'à l'hôtel. Ils seront admis dans des salles payantes.

L'orateur conclut en demandant que soient faites des recherches pour permettre de découvrir les faux pauvres, qui se sont glissés à l'hôpital et pour pouvoir diriger contre eux une action civile et des poursuites pénales. Mais ne faisons pas de l'hôpital une demi-maison de santé.

Le Dr *Briau*, médecin de l'hôpital privé du Creusot, fait des réserves concernant les médecins titulaires des hôpitaux, qui ont la responsabilité du service dont ils sont chargés. Il ne peut admettre que, pour soigner des malades payants, mis dans des chambres ou salles particulières, d'autres médecins que ceux de l'établissement puissent avoir accès pour y soigner leurs malades.

Le *délégué de l'hôpital de Rochefort-sur-Mer* déclara qu'en 1889, un règlement spécial de son établissement admit tous les médecins à donner leurs soins aux malades payants hospitalisés. Cet état de choses dura jusqu'en 1905 ou 1906. A cette époque on a réédité cette autorisation concernant une maison de santé, annexée à l'hôpital : tous les médecins peuvent y soigner leurs malades et réclamer des honoraires à leurs clients.

Mais ce dernier règlement ne fut pas approuvé par l'autorité préfectorale à cause des termes de la circulaire de 1899, spécifiant que les médecins d'hôpitaux ne devaient pas recevoir l'honoraires de la part des hospitalisés qu'ils soignaient, riches ou pauvres.

On fut donc obligé de refaire, dans ce sens, un nouveau règlement.

M. *Cros-Meyrevieille*, vice-président des hôpitaux de Narbonne, pose ce principe : qui doit être admis à l'hôpital ? Tous ceux qui ne peuvent pas se faire soigner ailleurs. Il ne faut donc pas établir une barrière trop marquée entre les diverses catégories d'hospitalisés, car l'admission d'un malade dépend beaucoup plus des circonstances, de l'urgence et du cas particulier que d'un règlement *ne varietur*.

Mais il faut constater, d'autre part, que si les honoraires que touchent les médecins d'hôpitaux, pour les non-indigents, qu'ils soignent dans l'établissement ne sont pas légaux, cette manière de faire n'en est pas moins entrée dans la pratique courante. Il faudrait donc réglementer cette coutume.

L'orateur propose un tarif, qui pourrait être par exemple le tarif Dubief ; ou bien le règlement d'hôpital pourrait spécifier que les médecins toucheraient tant pour cent, sur le prix de la journée d'hospitalisation des malades payants.

Mais, constatons que le médecin qui n'est pas à l'hôpital sera lésé par cette manière de faire. Néanmoins, on pourrait répondre que le corps médical de l'établissement soigne les pauvres gratuitement : il est donc légitime de lui donner une compensation, celle de toucher des honoraires des hospitalisés non indigents.

M. *Tissié*, administrateur de l'hôpital de Montpellier, constate avec regret que jadis les médecins d'autrefois étaient moins regardants que maintenant. Les hôpitaux de Montpellier avaient fondé une clinique, la villa Fournier, dans laquelle les chirurgiens des hôpitaux venaient opérer gratuitement les malades.

Au bout de 4 ou 5 ans, les syndicats médicaux protestèrent. Il y eut alors un *modus vivendi*, adopté qui exigea, de chaque malade qui venait à la villa Fournier, la présentation d'une carte du chirurgien qui devait l'opérer. Des ententes secrètes se faisaient entre malades et chirurgiens pour le paiement des honoraires.

Par la suite, des chirurgiens de la ville fondèrent des cliniques leur appartenant : ce fut la concurrence aux dépens de la villa Fournier. Il fallut alors supprimer tout honoraire pour les médecins et établir des chambres à 6 fr. tout compris. C'est plus simple, mais cela permet à la villa Fournier de vivoter.

Ce qu'il y a de regrettable, c'est la mentalité de quelques chirurgiens qui veulent toucher des honoraires. Or, il est impossible d'empêcher l'entrée des malades à l'hôpital, quels qu'ils soient.

Constatons enfin qu'il n'existe de maisons de santé que pour les cas chirurgicaux et non pour les cas médicaux. Heureusement pour les commissions administratives, ces malades médicaux sont bien obligés d'entrer à l'hôpital.

Le *délégué de l'hôpital d'Orléans* déclare que, dans sa ville, les médecins protestèrent contre l'admission des malades aisés à l'hôpital. On leur a laissé le droit de s'entendre avec leurs malades, au point de vue de leurs honoraires ; mais le tout se passe en dehors du règlement.

M. *Fougerolle*, vice-président des hôpitaux de St-Etienne, fait remarquer que nous nous trouvons dans un congrès d'assistance. Avons-nous donc mission de nous occuper des intérêts d'argent, quels qu'ils soient ? Si légitimes que puissent être certaines observations, ces conversations d'argent n'intéressent pas le Congrès.

Le Dr *Boudin* intervient alors à nouveau, pour démontrer la justesse de ses revendications. Nous soutenons moins l'intérêt pécuniaire du corps médical que la cause des malades indigents pour lesquels est fait l'hôpital. Mais également nous désirons que, dans les petites localités, les malades aisés puissent être soignés, mais sans que leur présence à l'hôpital puisse nuire aux légitimes intérêts des pauvres, des commissions administratives et des médecins.

Au surplus, par ce temps de pléthore médicale, n'est-il pas légitime, pour des médecins, de réclamer le droit de vivre de leur profession? On sait quelles dépenses sont nécessaires pour faire, de son enfant, un docteur ; cette profession ne devrait-elle alors ne devenir l'apanage que des fils de gens riches ?

M. *Verdet-Kléber* montre que, si les modifications au règlement hospitalier sont faites, on peut toujours permettre au corps médical de s'entendre avec leurs malades en dehors dudit règlement.

M. *Gouachon*, rapporteur ; le corps médical demande des honoraires, c'est une question à nvisager dans un autre congrès. Pour le moment, il se borne à demander le vote de ses conclusions et notamment, de se prononcer sur les dispositions pénales qu'il voudrait voir introduites dans la loi de 1851, à l'instar de celles visant l'assistance judiciaire. Cette proposition est adoptée.

Le Dr *Billion*, de Paris, fait observer que l'hôpital devrait être réservé aux seuls indigents. (Protestations nombreuses).

M. *Cros-Meyrevieille* propose la formule suivante : l'hôpital est réservé à ceux qui ne peuvent pas être soignés ailleurs.

Mais il demande la collaboration du corps médical, auquel on imposerait un tarif pour les opérations faites à l'hôpital.

Cette proposition est adoptée, sauf la question du tarif.

Un délégué fait observer qu'il ne s'agit pas, comme le proposait le Dr Boudin, de voir le congrès causer avec le corps médical organisé, ou demander à chaque commission administrative de s'aboucher avec le corps médical local. Qu'est-ce donc que le corps médical organisé ?

Le Dr *Boudin* fait remarquer qu'en France, on attache trop d'importance à la valeur des mots. La loi du 21 mars 1884 a fixé les règles de formation et d'organisation des associations professionnelles. Celles-ci sont les syndicats. La loi de 1892, sur l'exercice de la médecine, est venue encore désigner, sous le vocable de syndicats, les associations de médecins pour la défense et l'étude de leurs intérêts corporatifs. Par conséquent, quelle que soit la déformation que les syndicats ouvriers ont apportée à cette dénomination corporative, nous devons déclarer que les seuls représentants du corps médical sont les syndicats médicaux et leur Union, dont le siège social est à Paris, 28, rue Serpente.

M. *Gignoux*, vice-président des Hôpitaux de Nîmes, s'élève contre la proposition du Dr Boudin, car il la considère comme très dangereuse. Si le Congrès admet la collaboration du corps médical organisé, demain nous verrons les syndicats des infirmiers faire appel à la loi de 1884 et s'imposer aux commissions hospitalières.

Nous ne devons nous occuper que du corps médical des hôpitaux. Il ne faut pas s'arrêter à ces sentiments des médecins, qui vraiment sont trop regardants.

La collaboration avec les seuls médecins des hôpitaux est mise aux voix et adoptée moins trois voix.

(*A suivre.*) Dr Paul BOUDIN.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année. N° 30 Dimanche 26 Juillet 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La conférence internationale des assurances sociales de Paris.

Son importance au point de vue médical.

Il va se tenir à Paris, du 21 au 25 septembre, une conférence internationale des assurances sociales sous le patronage du Président de la République et sous la présidence de M. Léon Bourgeois.

Cette Conférence, très soigneusement organisée, a un programme limité qui sera traité dans plus de quatre-vingts rapports et communications complémentaires, provenant d'une quinzaine de pays où ont été faites des enquêtes pour permettre de se rendre un compte exact de la situation.

La première question posée a trait aux charges nationales et internationales des assurances sociales, charges subies par les divers éléments appelés à y contribuer. Cette question fut mise à l'ordre du jour à la Conférence de Zurich en septembre dernier.

La seconde question consiste en l'étude de l'extension des assurances sociales à des milieux et à des risques nouveaux.

Enfin la troisième question a pour objet l'orientation des assurances sociales vers l'atténuation et la prévention des risques.

Nous entendons plus d'un lecteur parcourant ces lignes, et un peu déçus, se dire en eux-mêmes : « Qu'est-ce que, diable, signifie tout cela ? En quoi les assurances sociales peuvent-elles bien nous intéresser ? Nous ne sommes pas des assureurs. »

Pas assez, en effet, mes chers confrères. Et si vous nous permettez quelques réflexions, vous allez voir en quoi les assurances sociales peuvent vous intéresser.

Les assurances sociales comprennent :

L'assurance maladie,
L'assurance accident,
L'assurance invalidité,
L'assurance vieillesse,
L'assurance décès,
L'assurance chômage.

Avouez que toutes ces assurances doivent vous intéresser comme citoyens et comme contribuables, mais que les deux premières doivent tout particulièrement vous inquiéter, vous, médecins praticiens. Si vous jetez un coup d'œil sur les rapports publiés au *Bulletin des assurances sociales*, vous pourrez y constater que notre pays est au dernier rang des nations civilisées en ce qui concerne ces assurances. Ceci vous mortifiera comme Français. A notre avis, cela tient surtout à ce qu'il règne chez nous une institution qui porte à tort le nom de Mutualité et qui, toute de sentiment, échappant au contrôle de

a raison, a donné l'illusion au peuple qu'elle remplissait un rôle d'assurance sociale. L'assurance, cependant est bien différente, elle ne peut fonctionner que sur des bases certaines, ne peut donner que ce qu'elle a reçu, tandis que la Mutualité promet tout et ne donne rien ou à peu près.

Mais il ne faut pas croire que l'anarchie mutualiste règnera indéfiniment dans ce pays.

Les mutualistes intelligents, et ils sont nombreux, tout en protestant pour sauver la face, savent parfaitement où le bât blesse leur fausse mutualité. Les hommes politiques sérieux comprennent toute l'importance de l'assurance sociale, et les Assureurs, qui savent compter et ne sont pas des sots, étudient sans relâche les moyens d'appliquer en France les divers modes de ces assurances : ce qui est évidemment possible puisque l'essai en est fait depuis longtemps dans la plupart des pays civilisés.

Les Mutualistes, qui au fond ont honte de leur impuissance réelle, attendent l'instaurateur de l'assurance sociale comme le Messie qui les lavera de leur péché originel, leur permettra de se refaire une virginité et de s'organiser sur des bases solides.

Les Assureurs cherchent le moyen de sauvegarder et d'étendre leur industrie en France et de grossir les dividendes de leurs actionnaires, préoccupation qui serait évidemment légitime s'il n'y avait pas quelque chose d'immoral et de choquant à trafiquer industriellement de la maladie, des accidents, de la mort et de la misère.

Quant aux hommes politiques, de très bonne foi pour la plupart, ils voudraient bien faire quelque chose pour le peuple, ne serait-ce que pour ne pas avoir la honte de laisser sur ce point la France démocratique au dernier rang des nations civilisées. Mais comme ils ont le souci de ménager le contribuable qui, chez nous, crie toujours plus que de raison, ils tiendraient à lier leur jeu à celui des Mutualistes et à celui des Assureurs. Ils réaliseraient ainsi leur rêve à bien meilleur marché pour l'Etat, car peu leur importe que le système grève lourdement le public et les assurés.

C'est dans ce but de réalisation prochaine que la Conférence de Paris va poursuivre ses études sur les charges financières que nécessiteront la création et l'extension de ces assurances.

C'est pour donner une ampleur plus grande à l'industrie des Assureurs et augmenter leur champ d'exploitation que l'on va étudier l'extension des assurances sociales à des milieux et à des risques nouveaux.

Enfin l'orientation des assurances sociales vers l'atténuation et la prévention des risques posera d'une façon précise, pratique et pour une réalisation prochaine sinon immédiate, la question de l'hygiène sociale.

Les Mutualités et les Caisses d'assurance-maladie, en dehors de tout sentiment, cherchent, pour augmenter leur prospérité, à prévenir les maladies, tout comme les assurances-accidents cherchent, par *intérêt*, à augmenter la sécurité du travail. En outre, toutes les organisations d'hygiène sociale ont aussi *intérêt* à diminuer la durée et la gravité des conséquences des maladies et des accidents. Ils ont *intérêt*, répétons bien le mot, à se préoccuper des soins médicaux et de leur bonne application en temps utile et dans des milieux favorables.

Comme ces intérêts de l'industrie-assurance s'accordent avec l'intérêt général, les pouvoirs publics appuieront sans réserves les efforts faits dans ce but par les mutualistes et les assureurs.

Nous risquons donc de voir créer des hôpitaux privés, des sanatoriums, des dispensaires, qui seront entre les mains des Mutualistes et des Assureurs et que l'on cherchera à rendre de plus en plus productifs en étendant leur clientèle et en les ouvrant largement aux gens aisés et riches. Comme toutes ces choses se font jusqu'à présent en dehors du corps médical, qui ne s'est guère inquiété de ce danger, et, que les médecins seront néanmoins indispensables au fonctionnement de ces institutions, il est certain que ces derniers seront recrutés comme employés de ces organismes d'assurances, et nous tous qui crions comme de beaux diables que nous ne voulons pas être fonctionnarisés, nous courons fort le risque de nous trouver demain dans la dure nécessité d'être les simples salariés des Mutualistes et des Assureurs.

Voilà une perspective qui, à notre avis, manque de charmes.

Vous voyez, confrères, que la question des assurances sociales et leur Conférence ont quelque raison de nous intéresser et qu'il serait plus pratique d'en suivre les travaux, d'aller même y discuter, ce qui est possible, que d'étudier la révision des statuts de nos sociétés professionnelles ou de rechercher le rôle utopique que le praticien est appelé à jouer, un jour, dans la cité future.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôtel-Dieu de Toulouse : Service de M. le Prof. Mériel.
Leçon de M. Tourneux, chef de clinique.

Les entérorragies consécutives à la kélotomie.

Je vous ai exposé récemment ce qu'était une hernie étranglée, quelle était son évolution, et de quel traitement elle était justiciable ; je veux vous parler aujourd'hui d'une complication que l'on voit survenir quelquefois à la suite de la kélotomie et qu'il faut que vous connaissiez bien, car suivant sa cause et sa valeur, le pronostic opératoire et la thérapeutique peuvent varier considérablement : je veux parler de l'*entérorragie.*

Assurément, les hémorragies du tube digestif peuvent se manifester à la suite d'interventions chirurgicales portant tant sur l'abdomen que sur les autres régions de l'organisme, se traduisant soit par des gastrorragies, soit par des entérorragies, mais certaines interventions, comme la cure radicale des hernies, tant libres qu'étranglées, semblent être particulièrement suivies de ces accidents.

Les émissions sanguines sont rares assurément, mais elles ne sont pas exceptionnelles, car 'ai eu, au cours de ces derniers mois, l'occasion d'en observer trois cas que je vais vous rapporter ; vous pourrez voir que chacun de ces faits a différé complètement de l'autre, et par l'évolution clinique comme d'ailleurs par la pathogénie.

Première observation. — Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, amené d'urgence pour une hernie inguinale droite étranglée. La veille, à la suite d'un effort violent, il avait ressenti une douleur assez vive dans l'aine, pendant que sa hernie, ordinairement non procidente, sortait brusquement et devenait irréductible. Un praticien mandé aussitôt, par un taxis, modéré d'abord, puis plus violent, essaya la réduction. Le seul résultat fut d'augmenter les douleurs, aussi le malade fut-il transporté à l'Hôtel-Dieu en vue d'une intervention. A ce moment, on constate la présence d'une grosse tumeur siégeant dans la région inguinale, dure, mate, immobile, douloureuse ; les téguments présentent un aspect bleuâtre : arrêt complet des matières et des gaz. L'intervention fut faite sous anesthésie générale à l'éther ; l'incision de la peau et du tissu cellulaire me conduisit sur une région pleine d'ecchymoses ; le péritoine herniaire, présentant une coloration noirâtre, est ouvert et j'évacue de nombreux caillots qui encombraient la poche. Puis, l'agent d'étranglement est levé, l'intestin violacé est lavé au sérum tiède et reprend peu à peu sa coloration normale. Je lui fais réintégrer la cavité abdominale et je termine par la cure radiale. Le lendemain, l'état de mon opéré était excellent, pouls et température normaux, émission de quelques gaz. Mais le surlendemain, le malade présenta une selle spontanée, accompagnée de l'émission d'un demi-verre de sang coagulé. La plaie a bon aspect, pas de douleurs abdominales, pas de ballonnement. Piqûre d'ergotine, opium et chlorure de calcium en potion. Le troisième jour, même entérorragie, même médication.

Le pouls et la température restent dans la normale, le ventre ne présente pas de modifications. Les jours suivants, tout rentre dans l'ordre ; de nouvelles selles sans aucune trace de liquide sanguin furent rendues, et 20 jours après l'intervention, notre opéré quittait l'hôpital.

Ainsi, dans cette observation, il s'est agi d'une entérorragie survenant de bonne heure, quelques jours à peine après la kélotomie, d'une *entérorragie primitive* ; et le mécanisme de cette émission sanguine ne me paraît pas difficile à expliquer. Il ne me semble pas qu'il faille invoquer ici un éclatement capillaire causé par la striction de l'agent d'étranglement, car ce dernier était en somme assez lâche et ne serrait que modérément l'intestin. Il est beaucoup plus logique d'incriminer le taxis qui, dans sa brutalité aveugle, a non seulement causé des effusions sanguines dans les plans superficiels et dans le sac, mais encore au niveau de l'intestin lui-même. Quant au pronostic de cette entérorragie, il est entièrement favorable ; sous l'influence de la médication interne, on voit disparaître rapidement tout écoulement sanguin, et la guérison se fait dans le temps normal.

Tout autres ont été l'évolution et la signification des deux autres cas que j'ai observés ; là, il ne s'est plus agi d'entérorragie primitive, mais d'émission sanguine survenant vers le 8e et le 10e jour, et s'accompagnant de phénomènes abdominaux.

Deuxième observation. — Une femme âgée de 50 ans est amenée à l'Hôtel-Dieu pour une hernie inguinale gauche étranglée depuis 48 heures. A l'examen, on trouve les symptômes classiques de cette affection : tumeur mate, dure, immobile,

douloureuse, arrêt des matières et des gaz, léger ballonnement du ventre. L'intervention eut lieu quelques minutes après l'arrivée de la malade sous anesthésie générale à l'éther. Après incision de la peau et des plans sous-jacents, on découvre le sac qui est ouvert, l'agent d'étranglement est levé, l'intestin lavé au sérum et réintégré, la paroi refaite suivant le procédé habituel (procédé de Mugnai).

Les suites opératoires immédiates furent excellentes, température normale, pouls bon, pas de douleurs, pas de météorisme. Le surlendemain, il y eut une selle spontanée, et je pensais que tout allait se passer normalement, quand, le 8e jour après l'intervention, la malade nous fit une brusque ascension de température (38°,3), le pouls restant normal à 82. Dans l'après-midi, elle eut une selle très abondante, accompagnée d'une émission sanguine assez considérable, mais sans débris organiques. Piqûre d'ergotine, opium, chlorure de calcium. Le soir, T 38,7, P. 94. Le 9e jour, nouvelle selle sanglante un peu moins abondante que la précédente, le sang est noir, pas de débris sphacélés. La température est tombée à 37,2, le pouls est à 82.

Le 10e jour, encore une selle sanglante dans la matinée, la température reste normale et le pouls bon. On donne de nouveau de l'ergotine. Pas de douleur ni de réaction abdominale.

A partir de cette date, les entérorragies cessèrent complètement ; la marche de l'affection devint tout à fait régulière et la malade put bientôt quitter l'hôpital.

Voilà donc une deuxième observation qui diffère notablement de la précédente : en effet, les accidents ne se sont manifestés que le 8e jour, s'accompagnant d'une élévation notable de température ainsi que d'une abondante perte de sang : cette émission s'est enfin manifestée pendant un laps de temps plus considérable que dans le premier cas. Avec ce dernier fait, nous entrons dans le groupe décrit par Ullmann sous le nom *d'entérorragie tardive*, et l'interprétation en est beaucoup plus malaisée.

Il est d'abord un facteur d'émission sanguine que je crois pouvoir éliminer dès le début, c'est l'anesthésique employé. Dans ce cas, la narcose a été obtenue par l'emploi de l'éther, et si le chloroforme a été rendu responsable d'un certain nombre de ces complications, l'autre anesthésique n'a jamais été incriminé. Je ne pense pas non plus qu'il faille penser à une infection post-opératoire, car nous eussions eu alors des symptômes alarmants dès les premiers jours et l'évolution de notre opérée eût été toute différente. Le ventre a toujours été très souple, il n'y a eu de température qu'au moment de l'hémorragie, et la guérison s'est faite normalement dans le laps de temps minimum.

La thrombose artérielle ne me paraît pas non plus devoir entrer en ligne de compte ; elle ne survient, en effet, que chez les gens déjà atteints d'affections cardiaques ou aortiques et l'examen de notre malade nous a montré qu'il n'y avait aucune trace de cardiopathie.

S'agit-il là d'une thrombose veineuse d'origine intestinale, due à une lésion mécanique et exaltée par la virulence microbienne ? Je ne le crois pas non plus. La thrombose veineuse entraîne en effet à bref délai la nécrose de toute une anse intestinale, la péritonite aiguë survient brusquement si l'on n'intervient pas de nouveau.

Il ne me reste plus qu'une hypothèse à envisager : celle d'une hémorragie par chute d'escarre. Par suite de l'étranglement, il y a eu gangrène herniaire, mais limitée seulement à la muqueuse, ce que prouve l'absence de réaction péritonéale. Cette gangrène ne gagnant pas les couches profondes, il s'est donc formé une escarre purement muqueuse et sa chute a provoqué une hémorragie, comme autrefois dans les amputations, le sphacèle des lambeaux provoquait lors de la chute de l'escarre des hémorragies des vaisseaux ligaturés.

Dans ma troisième observation, vous verrez encore une hémorragie tardive, mais s'accompagnant de phénomènes plus graves et nécessitant ultérieurement une nouvelle intervention.

Troisième observation. — On amène un soir à l'hôpital un malade âgé de 48 ans atteint d'une hernie inguinale droite étranglée depuis 6 jours, le malade s'étant jusqu'alors refusé à toute intervention. Tumeur volumineuse, dure, mate, douloureuse, immobile, arrêt des matières et des gaz, ventre tendu, ballonné, vomissements bilieux incessants. La narcose par inhalation étant impossible, on fait une rachianesthésie. L'intervention me montre une anse noirâtre, dont la coloration ne change que partiellement sous l'action du sérum chaud. Je me disposais à tenter une résection intestinale quand le malade fut pris de syncope subite. Obligé de terminer rapidement, je réintégrai l'anse et fermai la paroi en un seul plan. Sous l'action de la médication appropriée, mon opéré revint bientôt à lui, et ce petit incident ne me causa plus de souci.

Le lendemain, le malade se trouvait très abattu, se plaignant de douleurs abdominales ; le ballonnement avait pourtant disparu en partie, le pouls et la température étaient bons. Même état le jour suivant. Le troisième jour, je prescrivis un lavement, donné sous faible pression, qui ramena quelques matières. Tout paraissait aller normalement, quand mon opéré, qui se plaignait toujours de violentes douleurs abdominales, fit, le 8e jour, une abondante hémorragie intestinale s'accompagnant d'élévation de la température (39,3).

Pendant 4 jours, les émissions sanguines se

poursuivirent avec élimination de produits sphacélés, le ventre étant tendu et ballonné ; ce que voyant, je proposai une nouvelle intervention qui fut refusée.

Sous l'influence de l'opium, de l'ergotine et du chlorure de calcium, les entérorragies cessèrent bientôt et le malade quitta le service, se plaignant toujours de douleurs internes.

Il ne devait pas tarder à revenir présentant dans la région inguinale un volumineux phlegmon stercoral qui fut incisé. Ultérieurement, une laparatomie permit la résection d'une anse sphacélée en partie et adhérente à la paroi abdominale.

Je puis encore invoquer au sujet de cette observation la même pathogénie que je vous exposais tout à l'heure : la gangrène herniaire. Mais cette fois, l'agent d'étranglement ayant agi plus longtemps, le processus de nécrose ne s'est pas limité à l'une des tuniques intestinales, mais a atteint toute la paroi. Pendant qu'évoluaient ces phénomènes de nécrose, il y a eu réaction péritonéale tout autour de l'anse lésée, ce qui a produit une péritonite localisée, discrète, aboutissant, lors de la perforation intestinale, au phlegmon stercoral dont je vous ai parlé. Ici, l'entérorragie toujours tardive s'est accompagnée de réaction abdominale, tension et ballonnement du ventre : ce symptôme, joint à l'abondance et à la durée de l'émission sanguine, me commandait d'intervenir, et j'aurais pu, si le malade avait consenti, en supprimant l'anse gangrénée, lui épargner les cruelles souffrances qui l'ont poursuivi si longtemps ; c'est d'ailleurs à une deuxième intervention qu'il a dû recourir pour amener la fermeture de sa fistule stercorale.

Tels sont les trois cas d'entérorragies que je tenais à vous signaler, cas qui se sont heureusement terminés et n'ont présenté qu'une fois, une complication. Il n'en est pas toujours ainsi, et vous pourrez voir, en parcourant les différents travaux parus sur cette question que si les *entérorragies primitives* du début ne présentent pas de pronostic grave, c'est-à-dire guérissent sans laisser de troubles fonctionnels, au contraire les *entérorragies tardives* sont beaucoup plus redoutables, car elles annoncent une lésion profonde de l'anse herniée, se traduisant dans la plupart des cas par une perforation suivie bien souvent d'une péritonite mortelle.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Tuberculose rénale guérie médicalement. — Origine et nature de la pellagre. — La pigmentation cutanée au cours de l'héliothérapie. — Greffe de la glande thyroïde de singe chez un myxœdémateux. — Réaction d'Abderhalden dans le cancer des voies digestives. — Splénomégalie syphilitique. — Utilisation thérapeutique de l'anaphylaxie dans le traitement des hémorrhagies. — Tumeur chéloïdienne traitée par exérèse et radiumthérapie. — Résultats comparatifs de la réaction à la luétine.

—M. Castaigne rapporte à l'*Académie de médecine* un cas de *guérison d'une tuberculose rénale par la thérapeutique médicale.*

On admet couramment que la tuberculose du rein ne cède pas aux moyens médicaux et ne présente pas généralement la transformation fibreuse observée dans la tuberculose ulcéro-caséeuse des autres organes. On appuie cette opinion, d'abord, sur des raisons théoriques : l'activité permanente du rein (la tuberculose se cicatrisant seulement si l'organe est au repos), le contact des lésions avec l'urine, etc. On objecte aussi que la preuve anatomique de la guérison n'a pas été faite.

Cette preuve anatomique est évidemment difficile à apporter puisque le médecin ne saurait conseiller la néphrectomie à un malade qu'il considère comme guéri. Une circonstance particulière vient de permettre à M. Castaigne de constater cette guérison par processus scléreux d'un rein tuberculeux. La malade, en effet, après avoir eu des accidents sérieux de cystite et de tuberculose rénale, s'améliora d'une façon considérable avec la seule cure médicale. On eût pu la considérer comme guérie s'il n'avait persisté des douleurs au niveau du rein et de l'uretère gauches. Sur les instances de la patiente, on enleva ce rein gauche et l'on constata alors, à l'examen de l'organe enlevé, un processus de cicatrisation en surface. Les douleurs qui persistaient étaient dues à la présence de petits graviers.

— M. Sambon lit à l'*Académie de médecine* une note sur l'*origine et la nature de la pellagre.*

La pellagre a été attribuée à l'action n cive du maïs, et l'on a considéré cette maladie comme une intoxication due à l'usage du maïs dans l'alimentation.

M. Sambon, après avoir étudié la pellagre pendant de nombreuses années, estime qu'il faut rejeter la théorie maïdique qui conduit à des mesures prophylactiques erronées. L'auteur pense qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, provoquée peut-être par un protozoaire et transmise, selon toutes apparences, par quelque vecteur animé, probablement un moucheron piqueur des familles chironomidés et simulidés.

La pellagre se rapproche en cela du paludisme et de la maladie du sommeil. Elle ne se transmet pas par cohabitation avec un pellagreux. On n'a jamais

connu ni dans les hôpitaux, ni dans les asiles d'aliénés qui reçoivent ces malades, aucun cas de contagion. Mais, les sujets qui vont vivre dans les foyers mêmes de pellagre la contractent presque inévitablement pendant la première année de leur séjour en général. En France, la pellagre existe encore, dans les Landes et la région pyrénéenne, en particulier.

— M. VIDAL fait, à l'*Académie de médecine*, une communication sur la *pigmentation cutanée dans le cours de l'héliothérapie.*

Le dernier Congrès de Physiothérapie a discuté la question de la pigmentation cutanée dans le cours de l'héliothérapie. Quelques auteurs ont émis l'opinion que la pigmentation était un procédé employé par la nature pour empêcher l'introduction dans l'organisme des rayons violets et ultra-violets, nuisibles en l'espèce. D'autres trouvent, dans l'intensité et la rapidité de la pigmentation, un indice permettant d'établir un pronostic de prompte guérison.

M. Vidal, se plaçant à un point de vue différent, a cherché à définir la nature intrinsèque et le mode de formation du phénomène lui-même. Il est arrivé à cette conclusion que la pigmentation de la peau par la lumière du soleil paraît être produite par le dépôt, sur l'épiderme, de la matière contenue dans les rayons violets, à moins cependant que la pigmentation ne soit considérée comme un moyen de réaction et de défense de l'organisme contre la présence de cette même matière issue des rayons violets.

— M. VORONOFF lit à l'*Académie de médecine* une note sur un cas de *greffe de la glande thyroïde d'un singe à un enfant atteint de myxœdème.*

M. Voronoff a greffé dans la région cervicale d'un enfant myxœdémateux le lobe droit (avec ses parathyroïdes) de la glande thyroïde d'un grand singe papon. L'opération, pratiquée il y a six mois, a donné un résultat des plus heureux, les troubles divers du myxœdème s'étant très amendés. L'intelligence, en particulier, s'est éveillée.

L'auteur attribue le succès de la greffe à une technique particulière de la transplantation, qui peut se résumer ainsi :

1° Asepsie rigoureuse ;

2° Temps du passage du greffon entre le donneur et le récepteur le plus bref possible ;

3° Greffe de la glande dans une région très vasculaire ;

4° Création à l'aide de sutures entre le greffon et le tissu ambiant, d'adhérences multiples permettant la pénétration des vaisseaux dans le greffon.

— MM. ŒTTINGER, NOEL FIESSINGER et P.-L. MARIE présentent à l'*Académie de médecine* une étude sur *la réaction d'Abderhalden dans le cancer des voies digestives.*

Diverses méthodes de laboratoire ont été déjà proposées comme moyens de diagnostic précoce du cancer des voies digestives, entre autres le procédé de Freund et Kaminer (dissolution des cellules cancéreuses *in vitro* par un sérum non cancéreux), le procédé d'Ascoli et Izar (modification de la tension superficielle du sérum cancéreux après addition d'antigène), celui de Dungern (déviation du complément). Ces méthodes ne fournissent que des renseignements approximatifs avec un pourcentage d'erreurs assez considérable.

Après la publication des travaux d'Alderhalden, on put espérer que la recherche des ferments de défense par la technique de la dialyse pourrait donner des indications plus sûres. MM. Œttinger, Fiessinger et Marie ont étudié cette question et recherché, à cet effet, chez soixante-deux sujets, la réaction d'Abderhalden. Sur 31 cancéreux, ils ont trouvé 19 réactions positives et 12 négatives. Sur 31 non cancéreux, les chiffres furent de 10 réactions positives et 21 négatives.

Ces résultats montrent que les données de la réaction d'Abderhalden, dans le diagnostic du cancer des voies digestives, ne constituent qu'un indice de valeur restreinte, et non supérieure à celle des autres procédés de diagnostic de laboratoire.

M. SIREDEY a fait pratiquer dans son service, par MM. Savignac et Tallandier, des recherches sur la réaction d'Abderhalden dans le cancer. Les résultats furent des plus incertains, la réaction ayant été 4 fois sur 8, en contradiction avec un diagnostic clinique dûment motivé.

M. BOIDIN, après des recherches sur 9 malades atteints de cancers épithéliaux avérés, pense également qu'il n'y a pas à compter sur la réaction d'Abderhalden comme procédé de diagnostic du cancer.

— MM. JEANSELME et SCHULMANN relatent à la *Société médicale des hôpitaux* une observation de *splémomégalie syphilitique.*

Les rates géantes reconnaissant pour étiologie la syphilis acquise paraissent être d'une extrême rareté. Sur 2600 accidents tertiaires, le professeur Fournier ne signale pas un seul cas de lésion spécifique de la rate. Il en existe cependant des observations publiées et cette rareté est peut-être moins grande qu'on ne l'a dit.

M. Jeanselme rapporte l'histoire d'une malade atteinte d'une hypertrophie splénique considérable, pour laquelle l'intervention chirurgicale fut discutée et dont l'origine spécifique n'a pas été douteuse. La conclusion se dégageant de cette observation, c'est qu'un chirurgien ne doit pratiquer une splénectomie pour splénomégalie qu'après avoir fait un examen approfondi du malade et de ses commémoratifs.

M. GALLIARD signale un fait analogue recueilli dans son service à l'hôpital Lariboisière.

— MM. HENRI DUFOUR et CROW font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*utilisation thérapeutique du choc anaphylactique dans le traitement du purpura hémorrhagique.*

L'anaphylaxie, qui n'a guère été envisagée jusqu'alors que comme un trouble morbide, sera-t-elle susceptible d'applications thérapeutiques ?

On sait qu'au nombre des phénomènes enregistrés pendant le choc anaphylactique, il faut faire une place importante aux modifications de la coagulabilité sanguine. On peut constater, en effet, dans l'anaphylaxie, une hypercoagulabilité du sang dont le rôle serait, on le conçoit, utile chez les malades atteints d'hémorragies diverses.

A l'appui de cette idée, MM. Dufour et Crow apportent un fait concernant une fillette atteinte de purpura hémorrhagique grave, chez laquelle des injections répétées de petites doses de sérum antidiphtérique furent suivies chaque fois de choc anaphylactique (se traduisant cliniquement par de la fièvre et de l'urticaire, et, hématologiquement, par une augmentation de la coagulabilité sanguine), et de diminution des hémorrhagies. La malade guérit grâce à cette thérapeutique anaphylactique dont l'utilisation pourrait ainsi devenir une méthode de traitement des hémorrhagies.

MM. Widal, Abrami et E. Brissaud estiment que la possibilité d'une influence salutaire et même curative du choc anaphylactique sur certains états morbides peut être considérée actuellement comme établie. Ces auteurs ont appliqué cette méthode dans différents cas de fièvre typhoïde, d'hémoglobinurie paroxystique, de tuberculose et de cancer. Les effets thérapeutiques se sont révélés avec netteté, surtout dans la fièvre typhoïde.

Il serait intéressant, d'ailleurs, de chercher à débarrasser le choc anaphylactique de ses effets mauvais pour n'utiliser que son action salutaire. Il y a, dans les chocs anaphylactiques, deux ordres de phénomènes différents : d'une part, les symptômes cliniques, tels que l'urticaire, la fièvre, les vomissements, la dyspnée ; d'autre part, les modifications vasculo-sanguines (crise hémoclasique). Ces dernières seules sont utiles. M. Widal pense que l'on parviendrait à les obtenir isolées en utilisant l'autosérothérapie, l'injection intra-veineuse, au sujet, de son propre sérum recueilli dans des conditions particulières.

M. P. Emile-Weil attribue la régression des hémorrhagies, obtenue dans le cas de M. Dufour, à l'action du sérum et non à l'anaphylaxie.

— M. Péraire présente à la *Société des chirurgiens de Paris* un malade qu'il a opéré pour une énorme *tumeur chéloïdienne rétro-mastoïdienne* et traité ensuite par la radiumthérapie.

Lorsque la chéloïde est simple, elle est justiciable du radium seul. Lorsqu'il s'agit d'une volumineuse tumeur chéloïdienne, l'intervention s'impose d'abord et sera suivie de radiumthérapie aussitôt après.

— MM. G. Blechmann, M. Delort et A. Tulasne font à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie* une communication sur les *résultats comparatifs de la réaction à la luétine et de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire.* — Ils ont pratiqué comparativement la réaction de Wassermann et l'intradermoréaction avec la luétine de Noguchi, chez 230 enfants (service du professeur Marfan).

C'est avec difficulté qu'ils ont pu suivre l'évolution de la réaction dans la moitié des cas (116 malades dont 51 atteints ou suspects de syphilis).

Les auteurs insistent non seulement sur les obstacles que rencontrent de telles recherches systématiques, mais encore sur l'imprécision fréquente de la réaction obtenue.

Voici les résultats de 116 cas qu'ils ont suivis pendant 20 jours pour surveiller l'apparition possible de la réaction *torpide.*

Dans 26 cas de syphilis cliniquement certaine, la réaction de Wassermann a été 17 fois positive, 4 fois douteuse, 5 fois négative. La réaction à la luétine a été 9 fois positive, 7 fois douteuse et 10 fois négative.

Dans 25 cas de syphilis cliniquement suspecte, la réaction de Wassermann a été 4 fois positive, 2 fois douteuse et 19 fois négative. La réaction à la luétine a été 8 fois positive, 7 fois douteuse et 9 fois négative.

Dans 58 cas de syphilis cliniquement absente, la réaction de Wassermann a été 7 fois positive, 11 fois douteuse et 48 fois négative. La réaction à la luétine *a été* 29 *fois positive,* 2 fois douteuse et 26 fois négative.

A un autre point de vue, dans 47 cas de réaction de luétine positive, 19 fois la réaction a été en désaccord à la fois avec la clinique et la réaction de Wassermann.

Contrairement à ce que l'on a signalé chez l'adulte, les nourrissons et les enfants hérédo-spécifiques énergiquement traités par le néosalvarsan, et chez lesquels la réaction de Wassermann est devenue négative, ont présenté pour la plupart une réaction négative.

Dans les cas de cutiréaction à la tuberculine, forte, faible ou absente, la réaction de Noguchi est indifféremment positive ou négative, mais il semble que la réaction de luétine est plus intense chez les enfants indemnes de syphilis, mais atteints d'une dermatose.

Enfin, il faut signaler que dans plusieurs cas de chorée, la réaction de Noguchi a paru marquée, s'accompagnant d'ailleurs, dans trois cas sur quatre, d'une hémolyse imparfaite (réaction de Wassermann positive ou douteuse).

En résumé, l'intradermoréaction n'a pas donné aux auteurs les 70 % de cas positifs que fournit la statistique globale de la réaction à la luétine dans l'hérédo-syphilis (Joltrain).

Contrairement à Noguchi, ils n'ont observé qu'exceptionnellement la forme torpide.

MM. G. Blechmann, M. Delort et A. Tulasne estiment que la réaction de Wassermann (antigène cholestériné de Sachs) donne des résultats plus précis que la réaction de Noguchi pour établir le diagnostic et pour suivre le traitement de la syphilis héréditaire.

P. L.



REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

L'emploi de certains sérums humains en thérapeutique.

L'existence du « *dynamisme humoral* » suivant l'expression de *Fiessinger,* autrement dit le phénomène par lequel l'organisme lutte contre les éléments nocifs qui le pénètrent, en formant dans le sang des *ferments de défense,* nous permet de comprendre la raison scientifique de certaines méthodes, qui jusqu'à ces derniers temps étaient restées dans le domaine de la clinique. Le principe de ces méthodes demeure le même, qu'il s'agisse soit de ferments antitoxiques, soit des véritables ferments de défense, des « abwehr-fermente » d'Abderhalden. L'étude si intéressante, si claire et si documentée du *D*r *P. Huguenin* (1) nous renseigne d'une manière parfaite sur ces différents ferments de défense du sang. On comprend dès lors aisément de quelle manière il est possible d'obtenir d'excellents résultats thérapeutiques dans le traitement de certaines intoxications par l'injection de sérums humains. Ces sérums proviennent généralement de sujets qui sont se déjà « *défendus* » contre les intoxications dont il s'agit ; on y recherche pour les malades soit les anticorps proprement dits, soit les « abwehr-fermente ».

Le traitement de la scarlatine par le sérum des scarlatineux convalescents a été étudié récemment par Richard Koch (*Munch. med. Wochens.*, t. LX., n° 47).

Déjà Weissbecker avait, en 1896, tenté de soigner des maladies infectieuses avec le sérum de sujets atteints de ces mêmes maladies ; les résultats obtenus furent peu concluants. Plus tard, Reiss et Jungmann injectèrent, dans le même ordre d'idées, par la voie veineuse, des quantités plus considérables (50 à 100 cc.) de sérum, après les avoir inactivées ; ils employèrent même un mélange de sérums, provenant de plusieurs malades. Cependant Richard Koch fit des essais plus nombreux et plus concluants.

Cet auteur a traité par cette méthode 22 sujets atteints de scarlatine ; parmi eux, un seul mourut, qui était déjà à l'agonie lorsqu'on lui fit l'injection de sérum. En général, la température tombait au bout de onze heures et demie environ de 1/2 à 4° 1/2.

Chez un malade, la température était remontée rapidement après une injection de 95 c. c. de sérum ; une nouvelle injection de 100 c. c. fut aussitôt suivie de la défervescence.

D'autres fois, il suffit d'une deuxième injection bien moins importante (10 à 20 c. c.) pour faire céder la température. Toutefois, il ne semble pas que la durée de l'éruption soit raccourcie. Dans les scarlatines compliquées, l'action du sérum paraît améliorer l'état général, mais l'apparition de complications (otites, adénites, rhumatisme) ne serait pas entravée : en somme les déterminations purement *toxiques* semblent seules influencées, au détriment des complications *infectieuses.*

En présence de ces faits, Moog (*Therap. Monatshefte,* n° 1, 1914) eut l'idée de s'adresser simplement au sérum d'homme normal qu'il injecta par la voie intra-veineuse. Pour le prélever, il choisit des sujets bien portants, indemnes de toute maladie infectieuse, spécialement de tuberculose et de syphilis. Les doses initiales de sérum étaient de 50 à 100 c. c. ; mais celles-ci, trouvées trop faibles, furent portées à 80 et 100 c. c. chez les enfants, à 100 et 180 c.c. chez les adultes. Or, sans aucun accident, tous les phénomènes favorables observés avec le sérum des convalescents le furent aussi avec le sérum de sujet normal. Si l'injection était faite dans les deux premiers jours, la température commençait à décroître au bout de 2 heures ; en 11 ou 16 heures, elle atteignait son point le plus bas ; le pouls, la respiration, se ralentissaient ; l'état général se relevait ; l'éruption ne semblait guère influencée. Après le 3e jour, par contre, les effets de la sérothérapie étaient peu accusés.

Fait curieux, les effets du sérum antistreptococcique de Moser, très employé contre la scarlatine en Russie et Autriche, seraient analogues ; ce sérum agirait surtout d'*une manière antitoxique et non anti-infectieuse.*

On peut dès lors se demander si l'action de ces sérums (de convalescents, d'homme normal, de Moser) n'est pas surtout une action sérique générale, que l'on pourrait obtenir avec le simple sérum de cheval normal.

***

Dans le même ordre d'idées, Holobut et Lenarlowicz (*Dermatol. Wochens.*, n° 2, 1914) ont essayé de traiter le *pemphigus,* dont l'agent causal est encore inconnu, par l'injection sous-cutanée du contenu des bulles.

Le liquide des bulles fut recueilli dans de petits tubes stériles, puis porté durant une demi-heure au bain-marie à 56-58°, et placé à l'étuve pendant 24-48 heures pour vérifier sa stérilité ; à chaque tube on ajoute 0,50 pour 100 d'acide phénique. Deux enfants, âgés de 8 et 12 ans, chez lesquels le pemphigus avait résisté à tous les traitements, même aux injections intraveineuses de quinine, furent soumis à cette auto-sérothérapie ; l'effet s'en montra des plus nets. Les bulles s'affaissèrent pour ne plus reparaître ; l'état général s'améliora (chute de fièvre, augmentation de poids). Le résultat fut d'ailleurs

(1) *Le Concours Médical,* 1914, n° 24 *bis,* page 1703.

proportionnel à la quantité de liquide injecté ; dans le premier cas où le liquide était peu abondant, on n'obtint qu'une amélioration ; dans le deuxième cas, où l'on put faire 12 injections, parfois de 2 c.c., la guérison fut remarquable.

***

— Pour le *traitement des toxicoses gravidiques, la sérothérapie* repose sur l'action des ferments d'Abderhalden.

Les toxicoses gravidiques sont des affections qui surviennent pendant la grossesse et sont causées par elle vraisemblablement. D'après F. Wolff (*Berlin. klinische Wochens*, t. L, n° 36) elles seraient causées par des produits toxiques de désintégration (villosités chorioplacentaires), qui peuvent, dans certaines circonstances, devenir pathologiques, et causer une auto-toxicose de l'organisme. Voici sous quelles conditions : dans la grossesse normale, ces poisons sont rendus inoffensifs par les ferments d'Abderhalden, véritables contre-poisons ; or il advient qu'une femme atteinte de toxicose gravidique n'a plus ce pouvoir de détruire les substances toxiques, car il lui manque les contrepoisons que possède la femme normale. D'où l'idée émise par Mayer d'injecter en pareils cas du sérum de femme enceinte normale. Avant lui, Freund avait déjà employé dans l'éclampsie puerpérale des injections de sérum d'homme, de cobaye ou de cheval ; mais la méthode de Mayer constitue un progrès, et de plus, elle prédispose moins à l'anaphylaxie.

Mayer et Linser firent disparaître en 2 semaines un *herpes gestationis*, affection qui guérit très rarement dans la grossesse ; l'albuminurie et la fièvre, qui persistait élevée, disparurent également.

Un certain nombre de succès sont rapportés dans le prurit et l'urticaire gravidiques. Freund traita heureusement une femme atteinte de vomissements incoercibles, d'ictère et de rein gravidique, au 3e mois de gestation, avec une psychose au début.

Technique. — Wolff prélève simplement le sang chez une femme enceinte normale, présentant un Wassermann négatif, et il injecte le plus tôt possible dans les veines, dans la peau ou les muscles, le sérum à la dose de 20 à 50 c. c.

Spiethoff retire d'une manière stérile 50 à 100 c. c. de sang, le centrifuge, sépare le sérum, et l'inactive à 55-56° pendant une 1/2 heure ; le sérum est injecté aussitôt que possible après l'inactivation.

Fait intéressant, d'après Wolff (*loc. cit.*), le *sérum d'une jeune accouchée* procure d'aussi bons résultats que celui d'une femme enceinte. En 4 jours, l'auteur fit disparaître avec le sérum d'une accouchée de 15 jours une éruption prurigineuse de l'abdomen, des membres inférieurs et supérieurs chez une primipare, enceinte de 8 mois.

D'après une observation de A. Franz (*Centralbl. f. Gynaëkol*, t. 34.) on peut dans les mêmes conditions de succès recourir au *sérum provenant du sang de cordon ombilical* émanant de parturientes saines et recueilli aseptiquement.

Le sérum est centrifugé, filtré sur porcelaine et conservé avec du chloroforme dans des flacons de 80 à 100 c. c. à l'abri de la lumière. Quand on veut l'utiliser, on le recueille avec une pipette sans agiter le flacon ; le chloroforme, plus lourd, reste au fond. Dans un cas, Franz guérit un érythème polymorphe étendu en 4 jours au moyen de 2 injections intramusculaires de 30 c. c. de sérum.

Dr Fiser.

PRATIQUE MÉDICALE

L'embaumement.

« L'art des embaumements, écrivait R. W. Richardson, doit être cultivé avec soin par les médecins sous peine de le voir tomber entre les mains d'empiriques qui ne connaissent pas un mot de chimie ni d'anatomie et qui arriveraient simplement à le discréditer. »

La prophétie de l'auteur anglais s'est réalisée : les embaumements, par la faute du corps médical qui s'est désintéressé de la question, sont devenus de plus en plus rares en France, et la plupart d'entre eux sont pratiqués par des empiriques.

Un embaumement se paie entre 1.500 et 6.000 francs suivant la fortune de la famille ; le médecin doit apprendre à pratiquer correctement cette intervention et peut même s'efforcer de la rendre plus commune en dissipant les préjugés que le public nourrit à son égard. On s'imagine généralement dans le monde qu'un embaumement nécessite une autopsie ou une mutilation étendue du corps, tandis qu'en réalité, il suffit de faire une courte incision qui, bien suturée, ne laisse qu'une trace insignifiante. Le médecin peut également suggérer l'idée de l'embaumement à ceux qui ont la hantise d'être enterrés vivants.

On ne doit opérer que 24 heures après le décès et après avoir fait une déclaration au préfet de police à Paris, et au maire en province ; on produit un certificat du médecin traitant relatant la cause du décès et une déclaration indiquant la substance employée pour l'injection du corps.

Le corps nu est placé sur un lit que protège une grande toile cirée ou mieux, su une table d'opération.

◆◆◆

La carotide primitive est généralement choisie pour l'injection ; cette artère est découverte par une courte incision qui longe le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; elle est disséquée, isolée, chargée et sectionnée entre deux pinces ; le bout périphérique est lié solidement ; une canule est introduite dans le bout central et sa fixité est assurée par une ligature.

Quel liquide convient-il d'injecter par cette canule ?

Entre toutes les préparations utilisées, je n'en indiquerai qu'une seule, celle de Laskowski, que je trouve excellente :

Chlorure de zinc pur....................	0 kg. 500
Alcool absolu......................	2 kg.

Faire dissoudre à chaud. Verser ce mélange, à travers un filtre en toile fine, dans la glycérine phéniquée suivante :

Glycérine blonde marquant 30° Baumé	7 litres
Acide phénique cristallisé............	250 gr.

Pour pratiquer l'injection du liquide conservateur, les spécialistes se servent souvent de pompes plus ou moins compliquées et coûteuses, heureux d'abréger la durée de l'opération par la forte pression ainsi obtenue. Cette manière de faire peut réussir chez quelques sujets jeunes, ayant des artères élastiques ; le plus souvent, surtout chez les vieillards et les athéromateux, une pression élevée peut amener la rupture d'une artère et compromettre le succès de l'opération par l'épanchement du liquide au niveau de la déchirure du vaisseau. Je préfère le simple bock muni d'un tube de caoutchouc de 2 m. 25, interrompu par un tube de verre pour surveiller l'écoulement ; l'embaumement sera plus long, durera même 5 à 6 heures. Tant mieux ; plus l'opération sera lente et patiemment conduite, plus sa réussite sera assurée ; le prix en est du reste assez élevé pour qu'on n'hésite pas à lui consacrer le temps nécessaire.

L'extrémité du caoutchouc étant fixée à la canule, le bock est placé à un mètre au-dessus du corps et les artères se remplissent ; quand l'écoulement du liquide se ralentit, on élève l'appareil d'un mètre. On voit peu à peu se former sur la face, le tronc, puis sur les membres des taches blanches arborescentes qui sont la preuve d'une bonne injection des capillaires.

Quand 3 litres sont injectés, je conseille d'arrêter une heure ; pendant ce temps, le corps est continuellement massé au moyen d'éponges trempées dans la solution conservatrice, afin de faciliter la répartition et la pénétration du liquide. Puis, l'injection est continuée ; les veines se gonflent et un peu de liquide reflue par la bouche et les narines. Il est bon de dénuder alors la jugulaire interne dans la plaie et de passer sous elle deux fils à ligature entre lesquels on pique la veine avec un scalpel. Beaucoup de sang noir s'écoule. Dès qu'apparaît un liquide à peine coloré, on arrête cette saignée en serrant les deux fils.

Quand 5 à 7 litres, suivant la taille du sujet, ont été injectés, le liquide ne pénètre plus que difficilement ; le corps est devenu blanc et a gagné de l'ampleur ; l'amaigrissement du visage disparaît, les rides s'effacent. On arrête l'injection en retirant la canule et en liant fortement l'artère.

Il est prudent à ce moment, pour éviter les rejets ultérieurs de mucosités et de liquide par la bouche et le nez, de profiter de la plaie faite au voisinage de la trachée pour passer autour de cet organe un lien qu'on serre fortement. Il ne reste plus qu'à suturer la plaie avec des points très rapprochés.

Si l'aspect des membres inférieurs fait craindre une injection insuffisante (sujets gras, pléthoriques, etc.), il faut découvrir les deux fémorales, les sectionner à 3 cent. au-dessous de l'arcade crurale, lier les bouts centraux et injecter un ou deux litres par les canules placées dans les bouts périphériques.

La place restreinte dont je dispose pour cet article m'oblige à être très bref sur les complications et la toilette esthétique du corps.

Ballonnement marqué de l'abdomen : Faire une incision sur la ligne blanche, au-dessus de l'ombilic ; ponctionner les anses séparément avec un un trocart pour évacuer les gaz. Après affaissement, placer dans le ventre une couche d'ouate trempée dans le liquide conservateur. Suturer.

Pleurésie, ascite : Evacuation préalable de liquide.

Artères malades : injecter très doucement.

Artère rompue : injecter séparément les 4 membres ; au besoin injecter dans l'aorte, après enlèvement du sternum.

Tumeur abdominale comprimant l'aorte : laparatomie, enlèvement de la tumeur en liant soigneusement les vaisseaux.

Laver soigneusement le corps sans l'essuyer. Remplir les cavités buccale et nasale avec des boulettes de coton hydrophile imbibées du liquide conservateur. Recouvrir les globes oculaires d'une couche de glycérine. Enduire les joues et les lèvres d'une couche légère de carmin ou d'un fard habilement appliqué. Envelopper le corps sauf la tête de bandes de flanelle imbibées dans la solution conservatrice et fortement serrées. Disposer dans le fond du cercueil une couche de myrrhe. Bien caler le corps avec des coussins s'il doit faire un long voyage.

Un corps bien embaumé et déposé dans un caveau très sec peut se conserver indéfiniment.

Dr MOITIER (de Paris).



MÉDECINE PRATIQUE

La méthode de Milne contre la scarlatine et la rougeole.

A la suite d'une intéressante publication de Mme NAGEOTTE (*Presse méd.*, 13 juin), les journaux scientifiques et même politiques ont vite popularisé la méthode que préconise le médecin anglais Robert MILNE comme traitement préventif et curatif de la scarlatine et de la rougeole.

Trois éléments la constituent, à savoir : 1° badigeonnages de la gorge avec de l'huile d'olive phéniquée à 10 % ; 2° onctions sur tout le corps avec de l'essence d'eucalyptus pure ; 3° protection de l'entourage en plaçant au-dessus de la tête et de la poitrine du malade un grand cerceau recouvert d'une pièce de gaze légère, qui retombe sur le lit et que l'on asperge de temps à autre avec de l'essence d'eucalyptus.

En même temps que ces moyens assurent la bénignité de la maladie, ils ont pour résultat capital de mettre obstacle à la contagion, à tel point que les enfants indemnes peuvent occuper les mêmes dortoirs que les malades, voire même coucher dans leur lit. On les fait vivre dans une atmosphère d'eucalyptus en versant X à XV gouttes d'essence sur un petit linge qu'ils portent sur eux et en aspergeant de même leurs oreillers. De la sorte, tout isolement devient inutile.

On ne saurait trop souligner l'efficacité et l'application remarquablement simple de cette méthode qui, d'ailleurs, est encore perfectible. Des travaux de nos chimistes les plus éminents, et en particulier de M. le Professeur Gabriel BERTRAND, de l'Institut Pasteur, il résulte, en effet, que l'essence d'eucalyptus a une teneur relativement élevée en *aldéhydes*. Or les aldéhydes sont toxiques et caustiques. Par contre, on n'en trouve pas trace dans l'essence sélectionnée du *Melaleuca viridiflora* ou gomenol, d'où son innocuité absolue à toutes doses. C'est aussi la seule essence qui contienne les éléments constitutifs du terpinéol synthétique de List, ce que M. le Professeur BERTRAND déclare être « une remarquable coïncidence pleine d'intérêt au point de vue de la synthèse naturelle des essences dans les végétaux ».

De son côté, M. le Docteur E. LIOTARD, de Nice, dans son ouvrage sur les « huiles essentielles et essences antiseptiques » (2e éd., 1909), est arrivé à cette conclusion qu'« aucune autre essence ne peut être identifiée avec le gomenol, aucune ne saurait lui être impunément substituée. Aucune autre essence, en effet, ne réunit le même ensemble de propriétés thérapeutiques, ni ne les possède à un aussi haut degré que le gomenol, pendant que toutes présentent certains inconvénients qu'il n'a pas ».

Dans l'application de la méthode de MILNE, il y a donc, à tous égards, un très grand avantage à remplacer l'essence d'eucalyptus par le gomenol pur. Conformément à la technique du médecin anglais, on en aspergera de temps à autre la pièce de gaze disposée autour de la tête et de la poitrine du malade dans le but de protéger l'entourage contre la toux. De même, on procédera à une onction faite avec le gomenol pur sur toute la surface du corps, depuis le cuir chevelu jusqu'à la plante des pieds, matin et soir pendant les quatre premiers jours, puis une seule fois par jour jusqu'au dixième jour de la maladie. Enfin on fera vivre les enfants indemnes dans une atmosphère de gomenol, en en versant X à XV gouttes sur leur mouchoir et sur leur oreiller, de façon en quelque sorte à les aromatiser.

La présentation du gomenol dans des tubes compte-gouttes qui évitent tout gaspillage fait que son utilisation n'est pas onéreuse, car on n'en use ainsi chaque fois que le nombre de gouttes strictement nécessaire.

On ne saurait également trop conseiller la substitution de l'oléo-gomenol à 10 % à l'huile d'olive phéniquée que préconise MILNE pour les badigeonnages de la gorge. Alors que l'huile phéniquée a pour triple inconvénient : sa causticité, sa toxicité et sa désagréable odeur, l'huile d'olive gomenolée ou oléo-gomenol se montre à la fois si puissamment active et si complètement inoffensive que les laryngologistes sont aujourd'hui unanimes à l'avoir adoptée me l'antiseptique de choix.

Comme l'enseigne MILNE, ces badigeonnages des amygdales et du pharynx seront faits à l'aide d'un tamponnet de coton, aussi haut et aussi bas que possible, toutes les deux heures durant les premières vingt-quatre heures. On peut ensuite les supprimer dans la scarlatine, tandis que, dans la rougeole, il est bon de continuer encore plusieurs jours trois badigeonnages par jour.

Tout comme par la méthode de MILNE, et mieux mieux encore, la scarlatine et la rougeole, ainsi traitées, deviennent des maladies bénignes et non contagieuses.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Sur la manière d'administrer le lait.

Bien que les idées actuellement en faveur sur la nature et le traitement des néphrites aient singulièrement diminué l'importance du régime lacté, celui-ci n'en reste pas moins dans bien des cas une médication qui s'impose. Il importe donc de bien connaître les « trucs » qui rendent le lait parfaitement supportable et supporté. C'est ce que M. Merklen vient d'exposer dans la *Médecine moderne.*

Lorsque le régime lacté est absolu, on procédera par petites doses de 200 à 250 grammes espacées de trois heures en trois heures environ, chaque prise devant être accompagnée ou suivie d'autres liquides tels qu'eau, tisanes, limonades, qui luttent contre la sensation d'empâtement de la bouche.

Si le régime lacté est mitigé, le lait ne sera jamais pris aux repas, en même temps que les autres aliments, dont il troublerait la digestion : on le prescrira dans l'intervalle des repas.

Il est indispensable de pratiquer, après chaque prise de lait, un lavage de la bouche avec de l'eau pure ou aromatisée, ou une eau alcaline minérale. On évite ainsi l'accumulation dans les replis de la muqueuse, dans les intervalles dentaires, dans la sertissure gingivale, de petits caillots fermentescibles.

Recommander aux malades de boire lentement, par petites gorgées. (L'auteur de cette analyse a pour habitude de conseiller à ses malades de prendre leur bol de lait à la cuiller, comme un potage.)

S'il survient de la diarrhée, on la combattra avec du bismuth (2 à 3 gr.), de l'eau de chaux. En cas de constipation, on usera de laxatifs doux, de massages, de compresses chauffantes. L'éducation de l'intestin est particulièrement utile et efficace.

Le lait se prend pur, coupé ou écrémé : chaque présentation a ses avantages et ses inconvénients, dont on tiendra compte selon le malade. Le képhyr, le koumys, le yoghourt, sont les résultats de certaines fermentations spécifiques du lait : ils peuvent être avantageusement ordonnés dans certains cas.

Pour rendre le lait plus supportable, on autorisera le malade à le préparer à son goût : froid, chaud, sucré..., à l'aromatiser avec vanille, menthe, caramel, fleur d'oranger, café ou thé en petite quantité.

Dans certains cas, il est possible de le remplacer par des laitages, tels que potages, crèmes, entremets (quand les œufs ne sont pas contre-indiqués).

Naguère on considérait que le régime lacté exclusif ne rendait de services que si la quantité prise par 24 heures atteignait et dépassait même 3 litres. On est revenu actuellement de ces doses massives, qui deviennent parfois toxiques, et qui, en tous cas, peuvent bloquer le rein. On se contentera de 1 litre, 1 1/2 litre, 2 litres au plus par jour.

On ne maintiendra les malades au lait exclusif que pendant le temps strictement nécessaire. Dès que la situation le permettra, on adjoindra au lait des aliments assez diversifiés pour rompre la monotonie de l'alimentation et éviter le dégoût des malades.

BIBLIOGRAPHIE

Les demi-fous et le mariage. — Dr G. Delteil. — Thèse de doctorat, Bordeaux, 1913. A. Saugnac, éditeur.

1° Nous nous sommes efforcés de montrer que les demi-fous, au même titre que les tuberculeux ou les syphilitiques, sont dangereux pour leur conjoint et pour leur descendance.

2° Les moyens légaux actuels n'ont qu'une action palliative ; cependant l'internement est susceptible de préserver le conjoint d'un demi-fou internable, comme l'application aux demi-fous non internables du jugement rendu par la Cour d'appel de Bordeaux en 1896, à la suite du rapport de M. le Professeur Régis, serait susceptible de libérer leurs victimes.

Les moyens en expérience ou proposés, c'est-dire la castration et l'enquête obligatoire avant le mariage, sont à rejeter comme insuffisants, inapplicables ou inquisitoriaux.

3° Il ne faut pas espérer que les fiancés, par une fréquentation prolongée, pourraient devenir plus prudents à l'avenir. Seuls les parents, par une enquête discrète, complétée au besoin par une assurance sur la vie et par une expertise sur quelques points spéciaux, peuvent entourer le mariage de leurs enfants des garanties désirables.

4° Une consultation des médecins de famille ne serait pas une solution heureuse, car elle ne s'appliquerait pas à tous les cas et placerait souvent les médecins dans une situation des plus délicates, les obligeant, malgré tout, à ménager les familles intéressées. Le médecin doit borner son rôle à faire sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, l'éducation du public.

CORRESPONDANCE

I. Poursuite contre un illégal.
II Le libre-choix pour les agents des chemins de fer blessés dans leur travail.

Vous avez certainement appris la formation du syndicat médical de notre arrondissement. Votre conférence a porté ses fruits, et nous avons eu depuis votre visite une réunion où nous avons voté des statuts, un règlement intérieur et un code déontologique, et où nous avons élu un bureau.

Je viens aujourd'hui vous demander quelques renseignements pour tâcher d'agir. Nous avons le bonheur de posséder depuis quelque temps un masseur-rebouteur, ancien facteur remercié par l'Administration des Postes, et qui guérit tout, y compris l'épilepsie et l'idiotie. Plusieurs confrères ne sont pas d'avis de le poursuivre, de peur de lui faire de la réclame. Cependant, je crois qu'une fois son dossier constitué, on pourra faire quelque chose.

Mais comment le constituer ?

Qu'avons-nous le droit de dire en justice, sans violer le secret personnel ?

Exemple : un confrère, appelé pour une fracture de l'humérus, applique un appareil provisoire, et annonce qu'il viendra mettre un plâtre. Dans l'intervalle, il reçoit une lettre de la famille, le priant de ne pas se déranger, car le masseur a déclaré que les fractures ne se traitent plus par les appareils, mais par le massage. Le confrère, dont la visite, entre parenthèses, n'a pas été réglée, peut-il se servir de cette lettre ?

Sommes-nous exposés, en poursuivant un rebouteur, à nous voir condamnés aux frais, sous prétexte qu'il est insolvable ?

Enfin que pouvons-nous faire, étant donné que le président du tribunal et le procureur de la République (frère d'un médecin distingué) se sont fait soigner eux-mêmes par le rebouteur ?

Autre chose. La loi sur les accidents du travail s'applique sans doute aussi aux employés de chemin de fer. Ici, où il y a plus de 500 employés, je ne crois pas qu'il y ait un seul exemple d'employé soigné aux frais de la compagnie par un autre médecin que celui de la Compagnie. Quels moyens avons-nous de faire connaître aux employés leur droit au libre choix ?

Vous seriez bien aimable de me faire répondre à toutes les questions par les services compétents du *Concours*.

Dr G

Réponse.

Nous sommes très satisfaits d'apprendre que votre syndicat nouvellement formé a l'intention d'agir. Mais, avant de vous embarquer dans une question de poursuite d'exercice illégal, il faut bien vous rendre compte si la condamnation

du rebouteur vous sera utile, puis si vous avez en caisse les fonds nécessaires pour conduire le procès devant toutes les juridictions.

Si votre bonhomme a de sérieux appuis (n'y a-t-il pas un rebouteur fameux qui est actuellement député ?) Il obtiendra l'assistance judiciaire et vous entraînera en appel, en cassation, puisque cela ne lui coûtera rien.

Et même serait-il condamné que s'il est insolvable, ce serait à vous, partie civile, à payer les frais du procès, quitte ensuite à vous retourner contre l'illégal. Mais alors, ne faut-il pas se remémorer l'adage : là où il n'y a rien, le diable perd ses droits ?

Vous nous demandez si un médecin peut faire état d'une lettre, le priant de ne plus revenir ? Nous opinons pour l'affirmative. En effet, cette lettre ne contient rien de secret de sa nature. Tout le monde sait que le client a le bras cassé et beaucoup peuvent savoir qu'il est allé chez le rebouteur. Néanmoins, c'est une question d'espèce et ce n'est qu'après la lecture de cette lettre que nous pourrons nous prononcer réellement.

Enfin, que faire lorsqu'il est prouvé que certains magistrats sont les clients du rebouteur ? Cela n'est pas rare, et voici une des causes pour lesquelles les empiriques ne sont pas souvent condamnés. Mais, si vous pouvez fournir la preuve certaine de ce que vous avancez, ce serait comique de voir votre avocat produire des documents sur les visites médicales faites par l'illégal poursuivi à ces messieurs du tribunal. Ceux-ci craindraient pour leur avancement, si l'affaire s'ébruitait et si les journaux s'en emparaient. Quant au dossier à former, recueillez tout ce que vous pourrez, démontrant que l'illégal se livre d'une manière suivie à l'exercice de la médecine et adressez-nous ce dossier. Nous vous dirons ce que nous en pensons.

Quant à la question des accidents du travail, pour les employés de chemin de fer, effectivement ces blessés ont droit au libre choix du médecin, mais les compagnies, par des bonifications d'indemnités journalières, s'arrangent pour que leurs agents aient intérêt pécuniaire immédiat à faire choix de leur médecin.

Néanmoins, si vous voulez les éclairer, informez, par tous moyens, les employés de leurs droits réels. Par parole, ou par affiches (modèle du *Concours* ou de l'Union des Syndicats), par papier à lettres, enveloppes, etc., vous pourrez faire une propagande inlassable chez ces agents des chemins de fer.

Mais, lorsqu'en France une loi est votée, on voit immédiatement se former une coalition de quantités d'intérêts financiers, pour arrive: à tourner la loi, justement contre ceux en faveur de qui la législation a été établie.

Quels statuts adopter pour un syndicat médical ?

Je suis prié par les médecins de l'arrondissement de C. de rédiger les statuts d'un syndicat d'une nature un peu particulière. Il s'agit d'une association de tous les médecins de l'arrondissement dans le seul but d'accepter le même tarif et de se soumettre à une amende forfaitairement arbitrée au cas d'infraction. N'avez-vous pas vu le cas déjà se produire et n'auriez-vous pas connaissance de statuts établis dans ce but et ayant vécu suffisamment pour montrer, par l'expérience, les difficultés qui pouvaient naître par leur application ? Si oui, soyez donc assez aimable pour me le faire savoir et au besoin me procurer un exemplaire de ces statuts. Je suis prêt, bien entendu, à vous couvrir de ce qui vous sera dû.

Je m'adresse à vous sur l'indication qui m'est donnée par un de vos abonnés, M. le Docteur B.

Me R., avoué, docteur en droit.

Réponse.

Nous vous faisons parvenir les statuts-types des syndicats médicaux, qui ont été établis par des avocats et des médecins. Vous verrez que des sanctions ont été édictées, pour que les adhérents puissent respecter les engagements pris en commun.

D'autre part, des contrats ont été passés entre médecins voisins, pour établir un tarif local, ou pour abandonner certaines situations monopolisées par quelques-uns et mises en commun, après une nuit du 4 août.

Le Dr Lautier, de Bédarieux, Hérault, pourrait vous donner la copie de l'engagement syndical de sa région.

Je vous fais adresser un numéro du *Concours* où vous trouverez également un contrat de ce genre passé entre les médecins de Neufchâteau.

La jurisprudence est venue sanctionner de pareils accords. Nous pouvons vous citer un jugement du tribunal civil de Bourgoin, 31 juin 1901, confirmé par la cour de Grenoble, 6 mai 1902 (*Gaz. Trib.* 25 juin 1902, *Le Droit*, 29 juin 1902. D. 1903. 2. 31).

Nous nous mettons à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Délai pour convocation pour une période militaire.

J'ai été prévenu par une note datée du 6 juin que je serais « *vraisemblablement* convoqué cette année pour accomplir une période de 24 jours à partir du 1er septembre 1914 au Ne régiment de chasseurs à cheval à X. »

Aujourd'hui 4 juillet, je reçois un ordre de convocation daté du 29 juin me prescrivant « d'être rendu à X. le 26 août pour accomplir une période de 24 jours...... et me présenter le 26 août à 8 h. du matin au colonel du Nᵉ régiment d'artillerie ».

A la suite de la première lettre, j'ai immédiatement écrit au directeur du service de santé à X. lui demandant de faire ma période à Y. plutôt qu'à X., car à Y. je pouvais surveiller ma clientèle ; j'ai donné comme raison que je suis seul médecin dans le canton dont certains habitants se trouveront par mon absence à 20 km. des autres médecins : j'ai également spécifié que puisque je donnais gratuitement mes soins aux gendarmes, je pensais que le service de santé militaire pouvait faire quelque chose en ma faveur.

Que pensez-vous que je puisse faire pour obtenir un changement de ma convocation : ne suis-je pas prévenu trop tard ? ou puis-je demander de faire ma période sans solde à Y. ?

J'attends votre réponse avec impatience, avant de renvoyer à X. mon accusé de réception.

Dʳ B.

P. S. — A cette époque il ne m'est pas possible en cas d'absence de prendre un remplaçant ; ce serait ruineux pour moi, car dans nos pauvres régions montagneuses, il ne ferait pas pour ses frais.

Réponse.

Voici la réponse de notre collaborateur technique militaire :

Vous avez été convoqué dans les délais réglementaires.

Afin de ne pas faire votre période cette année, à X., demandez un sursis en vous basant sur le nombre particulièrement élevé de vos malades dans les années précédentes au cours des mois d'août et de septembre, sur les difficultés de votre service, augmentées par les distances ; faites appuyer cette demande par un certificat du maire. Dites aussi que ces raisons sont si valables que — faute d'un sursis — vous préférez accomplir même à n'importe quel moment une période sans solde à Y., d'où il vous est loisible de surveiller votre clientèle.

Vous obtiendrez probablement satisfaction ; le Directeur aura même peut-être l'occasion d'envoyer à X. un médecin avec solde, qui aurait dû venir à Y., et de vous mettre à sa place.

Votre demande aura d'autant plus de chances d'aboutir qu'il est encore temps pour le Directeur de faire des combinaisons.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de l'œdème malin charbonneux. — 1° *Prophylactique.* Aseptiser soigneusement toute plaie suspecte et détruire tout ce qui a pu être souillé par le microorganisme pathogène. Vaccination des troupeaux.

2° *Local.* — Cautérisations au thermocautère. Injections de teinture d'iode (2 à 4 centimètres cubes) ou d'acide phénique à 1 p. 100 (2 à 3 centimètres cubes en 8 à 10 injections).

3° *Général.* — Toniques, stimulants. Injections d'électrargol, de lipiodol (huile iodée). Injections intraveineuses de sublimé, surtout de salvarsan. Sérothérapie, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'inoculation, en injections intraveineuses massives.

Enfin, on a tout récemment préconisé l'injection de la toxine pyocyanique.

(*Gaz. hôpit.*)

M. Carrieu et S. N. Œconomos.

Emploi des injections vaginales chaudes à composition variable contre les infections d'origine puerpérale. — Les microbes ne présentent pas toujours la même sensibilité à l'égard des divers agents chimiques, d'où nécessité de varier ces agents pour trouver celui qui convient le mieux : d'autre part, les substances médicamenteuses agissent mieux en mélange qu'isolées.

Partant de ce double principe, on prescrit, dans les infections d'origine puerpérale (rétention de lochies, fièvre par résorption, etc.), trois injections quotidiennes : une avec une solution de sublimé à 1 p. 3000, une avec une solution d'acide phénique à 1 1/2 p. 100, une avec une solution de sublimé additionnée d'un demi-verre ou d'un verre d'alcool dénaturé.

Les résultats constatés ont été très supérieurs à ceux obtenus avec un seul antiseptique.

(*Congrès de Kharkow.*

V. V. Stroganow.

Emploi de l'extrait hypophysaire chez les laparotomisés. — On pratique des injections hypodermiques d'extrait hypophysaire, à la dose de 1/2 a 1 centimètre cube, en commençant aussitôt après l'opération et en continuant tant qu'il est nécessaire.

Les résultats sont : évacuation immédiate

de la vessie et stimulation du péristaltisme intestinal, produisant l'expulsion des gaz et suivie d'effet dans les cas de parésie intestinale, consécutive à une péritonite purulente, où lavements et purgatifs ont échoué.

(*Med. Record.*)

T. W. HARVEY.

Emploi de la morphine dans les affections mitrales. — Celles-ci ne contre-indiquent pas l'emploi du médicament si, par centimètre cube d'eau, on associe à deux milligrammes et demi de chlorhydrate de morphine, de la strychnine, de la spartéine et de l'ergotinine.

La dyspnée asystolique est diminuée par cette médication, les contractions cardiaques deviennent plus vigoureuses. Cyanose de la face, œdèmes et albuminurie ne constituent pas des contre-indications.

(*Soc. de thérap.*)

LEMOINE.

Réaction du liquide céphalo-rachidien au permanganate de potasse. — On verse lentement, le long de la paroi d'un verre contenant 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien, 1 centimètre cube de permanganate de potasse à 0,10 p. 1000. Si à la limite de séparation des deux liquides apparaît une zone de coloration plus ou moins jaune et si, quand on agite, tout le mélange prend la même teinte, au lieu de devenir rose violet, le liquide examiné est pathologique, d'autant plus que la réaction est plus rapide à se produire (2 à 6 minutes).

Signification : augmentation de la proportion d'albumine du liquide céphalo-rachidien, inflammations de la moelle épinière (en ce cas, rèaction très rapide)

(*Munchn. med. Woch.*)

X

PARTIE PROFESSIONNELLE

CHRONIQUE DE LA MUTUALITÉ

A propos des contrats médico-mutualistes

Nos confrères ont encore présents à la mémoire les différents incidents du Congrès de Montpellier en 1913. Dans ces grandes assises mutualistes, on avait mis à l'ordre du jour la question du service médical dans les sociétés mutuelles : on avait négligé d'y convoquer les principaux intéressés, c'est-à-dire les médecins, gens indésirables. Mais un certain nombre de confrères s'y étaient rendus comme membres de mutualités médicales, et dans les commissions s'ouvrirent des discussions ardentes entre les deux partis en présence. Pour mettre fin à ces démêlés dus à la participation inattendue des médecins présents aux travaux du Congrès, on décida de nommer une commission composée en partie égale de mutualistes et de médecins mandatés par leurs confrères. La nomination d'une commission devait amener un armistice. Quant aux résultats pratiques, nous savons tous que toute bonne commission, comme les commissions parlementaires, ne sont guère que des enterrements de première classe.

Cependant, au Congrès de Montpellier, les deux partis avaient fait des déclarations très nettes pouvant servir de base à la discussion : les médecins réclamaient le libre choix du médecin par le malade, le paiement à la visite et l'augmentation des honoraires médicaux, car les honoraires versés par la mutualité à l'heure actuelle n'étaient pas compatibles avec les exigences de l'existence et n'étaient pas adaptés au prix de revient de la visite médicale qu'il ne faut jamais perdre de vue lorsqu'il s'agit de fixation d'honoraires. A ces revendications les mutualistes opposèrent, par la voix de M. Mabilleau, président de la Fédération nationale de la Mutualité, vice-président de la Société protectrice des animaux, le libre choix limité parmi les médecins agréés, c'est-à-dire la négation du libre choix, l'abonnement contractuel, c'est-à dire un forfait, basé sur la moyenne des années précédentes, et des honoraires réduits comportant en réalité le paiement à tarif minimum des visites et consultations à la grosse, selon les procédés en usage dans le commerce de gros.

C'est sur ces deux programmes que la discussion devra se faire lorsque la commission se réunira. Des délégués actuellement nommés de part et d'autre s'efforcèrent de concilier les deux thèses en présence. Je me demande comment.

Nous ajoutons que pendant la longue période écoulée pour la formation de cette commission, les mutualistes agissaient auprès des personnalités influentes des milieux politiques et poursuivaient une campagne, avouée même dans les organes mutualistes, dont l'aboutissant serait la suppression des syndicats médicaux, et d'autre part, faisaient créer la Commission Chéron-Métin, dont le but réel, sinon avoué, est d'établir un forfait médical comportant des honoraires réduits pour certaines catégories : les assurances, les mutualités, l'assistance médicale gratuite. C'est, en réalité, la création d'un fonctionnariat et salariat médical sous la pression intéressée de collectivités financières alliées à des politiciens à leur dévotion.

C'est dans ces conditions que la commission aura à prendre des décisions destinées à influencer les contrats médico-mutualistes dans tous les points de la France.

Si nous nous reportons aux conditions normales de l'exercice médical, nous voyons qu'il existe en réalité un contrat véritable entre le malade qui appelle librement un médecin et ce dernier. Ce contrat est basé sur la confiance du malade dans son médecin, indispensable à la prompte guérison sur la promesse tacite de celui-ci d'apporter tout son dévouement et sa science à l'amélioration des maux du malade. Ils s'entendent ensemble sur la fixation d'un tarif d'honoraires qui se trouve être en rapport avec la situation sociale de l'intéressé, avec l'importance et la fréquence des soins donnés.

C'est donc un véritable contrat entre le consommateur et le producteur de soins, qui sont seuls intéressés. Il ne doit y avoir en aucun cas d'intermédiaire entre eux, l'intermédiaire n'étant le plus souvent qu'un parasite au détriment de l'une ou de l'autre des parties. Dans tout exercice médical, il ne peut y avoir aucun intermédiaire pour imposer un médecin à un malade en le privant de sa liberté de confiance, il ne peut y avoir aucun intermédiaire pour imposer une réduction d'honoraires qui déprécie l'acte médical à la fois aux yeux du malade et du médecin.

La seule modération dans le taux des honoraires doit être laissée au libre arbitre du médecin, seul capable d'apprécier la situation sociale de son malade. La formule : libre choix du médecin par le malade, paiement à la visite, résume les conditions de ce contrat.

D'autre part, le sociétaire a passé avec sa société mutuelle un véritable contrat. Il a contracté une assurance-maladie dont la cotisation est la prime. En retour de sa prime, la Société doit lui

assurer les soins médicaux, soit qu'elle assure ses soins en nature, en fournissant un médecin, soit qu'elle les fournisse en argent, le malade restant libre de choisir son médecin et de se soigner à sa guise. C'est ce dernier mode qui est adopté dans nos mutuelles médicales : la Société Lagoguey et la Mutualité familiale du corps médical français. Elle n'a, dans ces conditions, qu'un seul devoir à rempli r : voir si le sociétaire réalise les conditions de son contrat, c'est-à-dire s'il a payé sa prime et s'il est réellement malade, ce qu'elle peut savoir par un contrôle médical, seul compétent, quand le malade l'a avisée du sinistre dont la société lui doit la réparation, c'est-à-dire la maladie.

Il y a donc, d'une part, un contrat entre un sociétaire et la société et, d'autre part, un contrat entre un médecin et un malade.

***

Doit-il y avoir contrat entre la société et un médecin ? Non, s'il porte sur l'imposition ou le choix du médecin. La société ne peut se substituer au malade pour le choix du médecin, le malade a la liberté de confiance qu'il n'a pas plus le droit d'aliéner que sa liberté de conscience, que sa liberté politique, lui conférant le libre choix de son représentant au Parlement. Le choix ne peut être collectif, il est individuel. Il est adapté à la réputation du praticien, à son âge, à ses allures, à ses études antérieures, à son caractère qui peut cadrer le mieux avec le caractère du malade, conditions qui déterminent sa confiance. Nommé par la société, le médecin n'est plus un homme indépendant, il est l'employé d'une collectivité, et l'indépendance est indispensable aussi bien pour le malade que pour le médecin, pour la meilleure qualité des soins médicaux à donner. D'une façon générale, le malade a d'autant plus confiance dans son médecin qu'il le sait plus indépendant, ce qui explique à la fois la méfiance du public pour les médecins des sociétés de secours mutuels, pour les médecins d'administrations, pour les médecins militaires. Il s'agit pourtant ici souvent de praticiens conscients et compétents, mais indésirables parce que dépendants.

Il ne peut pas être également à la fois le médecin de la société et du sociétaire dont les intérêts, quoi qu'on en dise, sont différents. L'intérêt du malade est la réparation la plus complète de son état physique, c'est-à-dire la guérison de sa maladie. Le médecin doit avant tout défendre son malade, c'est son devoir de praticien ; d'autre part l'intérêt de la société est d'être renseignée sur l'état de santé du sociétaire puisque la réparation du sinistre ne lui est due que jusqu'à guérison. Elle a donc intérêt à faire faire le contrôle du malade par le médecin traitant, parce que plus économique, en exigeant de lui la violation du secret professionnel, en le transformant en policier médical.

Ces différentes raisons militent suffisamment pour l'absence de contrat liant un médecin à une société, car ainsi le médecin perd son indépendance et devient un employé ou un salarié et se trouve placé, dans bien des circonstances, dans l'impossibilité de remplir son devoir avec toute la conscience désirable.

***

Doit-il exister un contrat, non plus entre une société et un médecin, mais entre une société mutuelle et un groupement médical ?

Si ces contrats devaient exister, il ne s'agirait dans l'espèce que d'arrangements locaux ainsi que l'ont bien établi le Congrès de Montpellier et les différents articles de l'*Avenir de la Mutualité*. Les sociétés sont autonomes, les syndicats également ; il ne peut y avoir un ordre ou une formule générale envoyé par la Fédération nationale ou par l'Union des syndicats médicaux de France. Puis, s'il devait exister des contrats entre les sociétés locales et les Syndicats locaux, ces contrats ne pourraient porter que sur la question du règlement des honoraires en respectant les droits du malade, c'est-à-dire le libre choix du médecin.

Comment pourrait se faire cette intervention ?

Le malade a un contrat avec une Société qui lui garantit les soins, il appelle le médecin et n'a plus d'honoraires à lui verser puisqu'il a payé sa prime par anticipation. Il a donc, comme on répète dans toutes les sociétés, le médecin pour rien. Or, on n'attribue guère de valeur à ce qui ne coûte rien : témoin le peu de prix que l'on attache aux primes commerciales. N'ayant pas à payer son médecin pour chaque acte médical, le sociétaire craint toujours d'être mal soigné, il craint d'être négligé, il réclame plus fréquemment qu'il ne serait quelquefois nécessaire les soins du médecin, abus venant de la part du Sociétaire, résultat de sa méfiance. Il serait donc nécessaire que la Société intéressât directement le sociétaire dans la participation des frais médicaux en ne couvrant que les 2/3 ou les 3/4 du risque, le dernier 1/3 ou 1/4 restant à la charge du sociétaire. En cas de maladie, le malade, ayant librement choisi son médecin, lui règlerait directement ses honoraires qu'il recevrait de la société, soit sous forme d'indemnité, en payant la différence de sa poche directement à son médecin, soit sous forme de tickets ou de carnets de chèques mutualistes acceptés par le médecin, achetés par le malade pour sa participation directe aux frais médicaux.

En réalité, la formule serait celle des accidents du travail : libre choix du médecin, paiement à l'acte médical, la société n'étant tenue envers le

sociétaire que jusqu'à concurrence d'un tarif déterminé, le reste restant à sa charge comme pour le tarif Dubief.

Peut-être le médecin pourrait-il, s'il était garanti des 3/4 par la société, verser sur cette somme un tant pour cent, non comme remise d'encaissement, puisque cette expression est vexatoire pour nos bons mutualistes, mais comme participation personnelle à l'œuvre sociale de la mutualité.

En tout cas, ce ne serait là que le seul contrat du médecin avec la société, le médecin restant en rapport direct et sans intermédiaire avec son malade. Ces contrats, s'ils existaient, ne seraient guère que des formules d'attente, un acheminement vers la liberté complète qui existe dans un grand nombre de sociétés à leur grande satisfaction, si nous en croyons les enquêtes publiées par l'*Avenir de la Mutualité*. Ce sera cet état d'indépendance absolue qui arrivera un jour à être réclamé par les mutualistes eux-mêmes, qui sera le régime de choix. En réalité, tout contrat ne s'explique que par une diminution d'honoraires à obtenir, le contrat est donc toujours fait au détriment du médecin. Le peu de durée de ces contrats, si nous nous reportons aux contrats dont nous avons eu connaissance, prouve assez leur fragilité et leur manque d'importance.

Le contrat n'est le plus souvent qu'un acte imposé par le plus fort qui n'a en somme qu'un but : s'en délier à la première circonstance.

Soyons logiques : Vive la liberté, pas de contrats.

M. VIMONT.

ASSISTANCE HOSPITALIÈRE

Compte-rendu du VIe Congrès d'Assistance publique et privée

(1er au 7 juin 1914 à Montpellier).

Section des hospices et hôpitaux.

(*Suite et fin.*)

Après ce long débat, vinrent en discussion des questions d'ordre administratif, dont nous donnons plus loin les conclusions à l'usage de nos confrères, qui, maires de leur commune, sont, de ce chef, présidents-nés de leur commission administrative d'hôpital. Nous allons nous borner à quelques questions intéressant plus directement nos lecteurs.

Rapports de la Mutualité et de l'Assistance publique.

Voici les conclusions du rapport de M. Fabre, vice-président du Bureau de bienfaisance de Béziers, président de l'Union des Sociétés de secours mutuels de Béziers. Ultérieurement, nous analyserons ce rapport dans son ensemble et ses détails.

Que l'Assistance publique et la Mutualité collaborent pour assurer aux prévoyants le bénéfice d'organisations existantes ou à créer, sans leur faire perdre les avantages moraux et matériels de la Mutualité et pour faciliter aux assistés l'accès à la Mutualité et que conséquemment les mutualistes soient appelés dans les Commissions administratives des Bureaux de Bienfaisance, des Hôpitaux et des Hospices, de préférence par le libre choix des membres des Sociétés de secours mutuels dans toutes les communes où il en existera ;

Que les hospices, les orphelinats et les comités d'enfants abandonnés soient obligés de créer une Mutualité de retraite en faveur de leurs protégés ou d'affilier ceux-ci à une Mutualité locale existante ;

Que ces administrations opèrent chaque année à la Caisse des retraites de l'Etat un versement minimum de 3 francs au nom de chacun d'eux jusqu'au moment où leur travail sera rémunéré ;

Que les Bureaux de bienfaisance, et à leur défaut les Communes, soient astreints à agir comme le font les parents qui jouissent de ressources suffisantes et qui sont soucieux de l'avenir de leurs enfants, en opérant le même versement en faveur des enfants des secourus ;

Que les Bureaux de bienfaisance soient tenus d'encourager les versements à la Caisse de retraite de ceux qui sont le plus dans le besoin ;

Que les Commissions administratives des Bureaux de bienfaisance soient incitées à affilier leurs assistés, mutualisables encore, à une Société de secours mutuels, en leur payant le droit d'entrée et une fraction des cotisations initiales et, dans certains cas, ultérieures ;

Que ces Commissions aident les mutualistes à payer leurs cotisations en retard, lorsque ce retard est indépendant de leur volonté ;

Que la Mutualité établisse des conventions avec les hôpitaux avec l'approbation de l'autorité administrative pour l'admission des mutualistes malades ou à fin d'opération chirurgicale ; conventions stipulant un régime spécial pour les mutualistes : chambre particulière, facilités pour les visites des parents ou des administrateurs de la Société de secours mutuels, prix de journée réduits, etc.

Que dans les Bureaux de bienfaisance ou les hôpitaux soient instituées des consultations obstétricales pour les femmes enceintes et les nourrissons des mutualistes partout où la Mutualité est impuissante à réaliser par elle-même ce service ;

Que dans les centres où il existera une Mutualité maternelle, le Bureau de bienfaisance lui confie le service de la maternité en concourant à la dépense correspondante, en totalité ou en partie ;

Que l'Assistance publique et la Mutualité coopé-

rent pour la réalisation d'un programme bien défini d'hygiène sociale ;

Qu'elles concourent, en particulier, à la création de Sociétés pour l'envoi d'enfants à la montagne et à la mer ; de bains-douches, de jardins ouvriers, d'habitations collectives ou individuelles salubres à l'usage des assistés devenus prévoyants et des mutualistes en général ;

Que, pour la lutte contre la tuberculose, elles créent des postes sanitaires, des dispensaires, des chambres ou des pavillons spéciaux ; des sanatoriums d'altitude et marins où seront admis les mutualistes à des conditions spéciales ;

Que, dans chaque département, les préfets instituent un office de la Prévoyance et de l'Assistance où les représentants des deux institutions étudieraient de concert les meilleurs modes d'adaptation locale ou régionale de l'Assistance à la Prévoyance ;

Que les ministres du Travail et de l'Intérieur créent une Commission supérieure composée de membres du Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, du Conseil supérieur des habitations à bon marché, du Conseil supérieur de l'Assistance publique et du Conseil supérieur du Travail, avec l'objet de coordonner, avec unité dans la méthode, tous les efforts de la nation pour la réalisation de la solidarité sociale.

Il est très regrettable que M. Fabre n'ait pas pu venir soutenir son rapport. Il aurait entendu la très vive réplique de M. *Gignoux*, vice-président des Hôpitaux de Nîmes, qui déclara que la mutualité était trop ambitieuse. Elle n'est pas majeure, car ses cotisations sont trop insuffisantes ; par suite, elle est obligée d'avoir recours à de nombreuses subventions, ce qui la met dans une position de dépendance. M. Gignoux affirme que les mutualistes vont vraiment trop loin ; il est inadmissible qu'eux, dont les ressources sont insuffisantes, puissent oser prétendre contrôler et régir l'ensemble des fonds considérables de l'assistance et des retraites ouvrières.

Et même, le dernier vœu de M. Fabre est aux yeux de M. Gignoux tellement vaste, il veut dire tellement de choses qu'il ne dit pas grand'chose. L'orateur propose donc un vœu demandant l'institution, dans chaque département, d'un office comprenant deux délégués de la mutualité, du conseil supérieur des habitations à bon marché, du Travail et de l'Assistance, pour coordonner les efforts de chacun.

Personnellement, nous n'avons pas voulu intervenir, sachant bien que nous étions considéré comme le représentant officieux du corps médical et que par suite, nous étions regardé comme formant le parti d'opposition — pour ne pas dire plus. Mais nous aurions pu faire remarquer à ces mutualistes, trop entreprenants, qu'il est curieux de leur voir réclamer une représentation obligatoire des sociétés de secours mutuels, au sein des commissions administratives des hôpitaux, où ils n'ont que faire, alors qu'ils sont les premiers à refuser, au sein de ces mêmes commissions hospitalières, la représentation du corps médical, sans lequel, cependant, un hôpital ne serait pas grand'chose.

***

Un autre rapport nous paraît intéressant pour nos confrères : c'est celui de M. *Roussineau*, directeur économe de l'hospice de Tours, *sur l'assurance contre les accidents du travail du personnel des établissements hospitaliers, par groupements régionaux*.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question. Aussi, nous contentons-nous aujourd'hui d'en donner les conclusions

1° Le Congrès engage tous les établissements publics de bienfaisance à se grouper par région pour contracter, dans les meilleures conditions possibles de prix et de garanties, une assurance contre les accidents du travail du personnel de ces établissement

2° Il désigne une Commission qui sera chargée d'établir la police de cette assurance de concert avec les intéressés.

3° Les groupements régionaux pourront comprendre les établissements non assurés et ceux assurés, au fur et à mesure de l'échéance de leur police actuelle

Au cours de la discussion de ce rapport, M. *Rabatel*, secrétaire général des hospices de Lyon, fait remarquer qu'il serait intéressant de créer des associations entre hôpitaux, pour se défendre contre le risque signalé.

Le Dr *Boudin* demande la parole pour réclamer que la question fût renvoyée à une commission, car elle est très complexe.

En effet, si les commissions hospitalières veulent se soumettre à la loi sur les accidents du travail, elles devront se conformer au protocole, fixé par la loi du 18 juillet 1907, c'est-à-dire que commissions et employés des hôpitaux devront se présenter à la mairie, pour déclarer qu'ils entendent se placer sous la législation des accidents du travail. Sinon, c'est le droit commun qui est applicable, c'est-à-dire qu'il faut à la victime démontrer que l'accident est survenu par la faute de l'employeur ou du mauvais état de sa chose. (art. 1382, 1383, 1384, C. C.)

Or, nous savons, par expérience, combien les compagnies d'assurances accidents créent de difficultés, toutes les fois que l'accident est régi par le droit commun et nous avons pu citer quelques exemples.

D'autre part, dans un hôpital, un employé, victime d'un accident, est soigné gratuitement

par le chirurgien ; les médicaments ne coûtent rien, ou peu de chose ; le blessé continue à être nourri par l'établissement. Quant à son demi-salaire, il n'est pas important, en argent, puisque les avantages matériels sont conservés (nourriture, logement, etc.)

Il ne reste que la question de la rente, en cas d'incapacité permanente et partielle.

Est-il, dès lors, si intéressant de s'assurer à une compagnie ? Nous ne le croyons pas, surtout si les hôpitaux peuvent se grouper en associations pour se couvrir du risque ? Quant aux indemnités, pour infirmités permanentes, il est toujours loisible de s'assurer, à très bon compte, à la caisse des dépôts et consignations.

Nous insistons beaucoup pour que la question soit examinée de près, car une assurance, contractée avec une compagnie, donnerait des mécomptes.

Tout d'abord, les assurances ont l'habitude d'imposer leur médecin traitant ; sinon, elles envoient leur médecin contrôleur, qui viendra à l'hôpital, vérifier le traitement suivi (art. 4, § 5, de la loi du 31 mars 1905).

Puis, ces assurances ont un contentieux très chicanier ; c'est leur métier,mais comme les hôpitaux n'aiment pas, d'habitude, les questions de procédure, il leur sera très pénible d'avoir, dans trop de cas, à discuter pour des questions d'argent minimes.

Enfin, aucun barème n'existe qui soit établi sur des bases sérieuses. N'est-il pas à craindre que les compagnies ne viennent prétendre que le risque assuré est considérable, à cause de la profession d'infirmier et des dangers de toutes sortes, courus par ceux qui approchent les malades ? Pour toutes ces raisons, nous demandons le renvoi à un prochain Congrès.

Il en fut ainsi décidé : le renvoi fut voté et ce fut la commission de l'admission des malades dans les hôpitaux, qui fut désignée pour étudier la question.

Mais, bien entendu, aucun médecin ne fut choisi pour faire partie de cette commission : les conseils techniques d'un docteur ne seraient donc pas utiles, lorsqu'on parle de malades ou de blessés ? Hélas ! c'est cependant l'opinion manifestée par beaucoup



Reste la question de l'utilité et du rôle des internes dans les hôpitaux modernes, rapport soumis par M. *Monteuuis*, vice-président des hôpitaux de Dunkerque.

Utilité et rôle des internes dans les hôpitaux modernes

La question des internes préoccupe de plus en plus le monde des hôpitaux. Tous s'accordent, administrateurs et médecins, à reconnaître que l'interne est devenu un rouage indispensable dans tout établissement moderne.

C'est lui qui, assistant régulièrement aux visites des médecins et chirurgiens, doit assurer l'exécution de toutes leurs prescriptions. Il a la charge d'examiner les malades entrants et de réclamer, pour eux ou les autres malades, l'intervention du chef de service, s'il le juge nécessaire.

Dans les hôpitaux *extra-muros*, comme l'on en construit de plus en plus actuellement, c'est surtout la nuit que l'absence d'interne offre de graves inconvénients. Qu'une hémorragie survienne chez un malade, une syncope ou un commencement d'asphyxie, complications très possibles, vis-à-vis desquelles une religieuse ou un infirmier, même pourvus de leur diplôme, deviennent insuffisants, qu'arrivera-t-il ? On téléphonera au médecin, qui, malgré toute sa bonne volonté, mettra trois quarts d'heure, une heure, pour arriver ; neuf fois sur dix, il sera trop tard.

Je ne voudrais pas m'appesantir sur ce point, mais je ne crains pas de dire qu'à mon sens, bien des existences ont été compromises par le fait de l'éloignement des secours.

L'interne remplit, en réalité, dans les hôpitaux, le rôle de médecin résidant. Il a sur celui-ci l'avantage de coûter moins cher et de ne pas provoquer de conflit avec les chefs de service.

Sauf de rares exceptions, les hôpitaux des villes pourvues d'une Faculté de médecine, jouissent seuls de la faveur de posséder des internes. Et cependant n'y a-t-il pas un nombre considérable d'établissements, réputés de second et même de troisième ordre par leur nombre de lits, qui comprennent, comme ceux du premier ordre, des services de chirurgie, médecine, maternité, contagieux et autres, ainsi qu un outillage répondant à toutes les exigences de la science ?

Pourquoi ces établissements ne seraient-ils pas ouverts aux étudiants travailleurs, qui, placés sous la direction de docteurs expérimentés, y trouveraient un champ d'activité des plus vastes, et pourquoi ces jeunes gens n'auraient-ils pas le moyen de poursuivre ainsi leurs études, tout en continuant à prendre à la Faculté leurs inscriptions régulières ?

Un peu d'indulgence de la part de MM. les professeurs, quant à la fréquentation des cours, suffirait, et je suis convaincu que personne n'y perdrait.

La gynécologie et la chirurgie abdominale, qui ont fait de si grands progrès depuis quelques années, ne sont pas seulement pratiquées dans les hôpitaux d'enseignement.

Pour ne citer que l'Hôpital de Dunkerque, sur 306 malades traités en 1913 dans le service de chirurgie, il y a eu 91 affections gynécologiques. Toutes les interventions abdominales faites au cours de l'année, ont été couronnées de succès.

D'autre part, avant de quitter définitivement la Faculté et de songer à s'établir dans une localité quelconque — question surtout très importante pour les jeunes gens peu fortunés — ceux qui consen-

tiraient à faire un stage de six mois ou d'un an dans un hôpital moderne, trouveraient aussi le moyen de compléter, sans bourse délier, leur instruction prosionnelle, en ayant le grand honneur de soulager les malheureux.

Il est certain qu'il faudrait, pour attirer MM. les étudiants, leur créer certains avantages matériels, venant compenser ce qu'il peut y avoir d'austère dans la vie d'hôpital.

C'est dans cet esprit que, l'an dernier, la Commission administrative des hospices de Dunkerque a proposé à M. le Doyen de la Faculté de Lille, les conditions suivantes, pour deux places d'internes :

1° Nourriture, logement, chauffage et éclairage ;

2° Honoraires de 800 francs, la première année, de 900 francs, la deuxième année ; de 1.000 francs, la troisième année ;

3° Gratification de 100 francs à la fin de l'année, si l'interne s'est acquitté de ses fonctions à la satisfaction générale ;

4° Un mois de congé par an, pris en une ou deux fois, à tour de rôle ;

5° Possibilité de recevoir à sa table, un parent ou un ami, moyennant versement d'une très légère indemnité.

Comme obligations, les internes seraient, bien entendu, astreints à un règlement intérieur spécial pour les heures de repas, le tour de garde, etc. Ils ne pourraient faire de remplacements au dehors, si ce n'est pendant leurs congés.

Ces propositions n'ont pas été jusqu'ici accueillies, et M. le doyen Combemale, de la Faculté de médecine de Lille, écrivit au mois de mars dernier à M. le Médecin-chef de notre Hôpital pour lui faire savoir qu'il n'avait encore reçu une déclaration de candidature.

Un appel que je fis peu de temps après à la Faculté de médecine de Paris, est resté également sans résultat.

J'estime que nous n'obtiendrons pas satisfaction tant que la question n'aura pas été réglementée par le pouvoir compétent, et que les hôpitaux des villes secondaires continueront à être frappés d'ostracisme.

En conséquence, au nom de la Commission des hospices de Dunkerque, je propose au Congrès d'émettre et d'adresser à MM. les ministres de l'Intérieur et de l'Instruction publique, le vœu suivant :

Le Congrès des Etablissements publics de Bienfaisance, tenant ses assises à Montpellier en 1914,

Considérant que, dans les hôpitaux modernes, il importe essentiellement d'assurer un service médical permanent ;

Que le moyen le plus pratique d'arriver à ce but serait d'attacher à ces établissements, suivant leur importance, un ou plusieurs étudiants en médecine, y ayant leur logement ;

Emet le vœu :

1° Que l'internat ne soit plus le monopole exclusif des hôpitaux d'enseignement

2° Que toute administration hospitalière qui justifiera d'une *organisation* permettant de satisfaire aux nécessités de plus en plus grandes, puisse, *sur simple demande*, recevoir du chef-lieu académique, à titre d'internes, un ou plusieurs étudiants, de troisième ou quatrième de préférence, pour une période de six mois ou d'un an ;

3° Que les propositions présentées à la Faculté de Lille par la Commission administrative des hospices de Dunkerque, touchant les conditions matérielles de l'internat, soient communiquées pour examen et avis, à tous les établissements similaires de France.

***

A propos de ce rapport, le Dr *Boudin* fait observer que la question devait être étudiée de très près, à cause de la complexité des règlements d'internat, comme à cause des décrets concernant les études médicales et le stage dans les hôpitaux.

Cette réforme des études médicales est une des préoccupations du syndicalisme médical et nous rappelons que quelques médecins ont parlé d'un internat obligatoire.

Il faudrait donc étudier les bases d'une entente entre hôpitaux pour que les internes puissent aller de l'un à l'autre établissement. Rappelons les habitudes des hôpitaux de Saint-Etienne, qui choisissent comme internes ceux des candidats des hôpitaux de Lyon qui ne sont classés qu'internes provisoires.

Enfin, nous estimons que le corps médical doit donner son opinion, à cause de la responsabilité professionnelle qui se fait de plus en plus menaçante. Un médecin d'hôpital ne tient nullement à se voir impliquer dans des poursuites civiles dirigées contre lui et la commission administrative de l'hôpital, du fait d'un interne trop inexpérimenté ou trop présomptueux.

Nous demandons donc le renvoi de la question à l'étude d'une commission.

M. *Béchet* demande s'il n'y aurait pas lieu de ne pas prodiguer le titre d'interne et s'il ne serait pas utile de choisir une autre dénomination pour les internes d'hôpitaux secondaires.

Un délégué fait remarquer que, dans certains centres universitaires, Toulouse par exemple, il n'y a pas assez d'internes et que le nombre des candidats au concours est fort restreint. Comment, dès lors, songer au recrutement des internes de petits hôpitaux ?

Le Dr *Leprince*, de Paris, propose de rendre obligatoire l'indication de l'hôpital et de la ville à la suite du titre d'interne, pour éviter certaines confusions regrettables.

M. *Verdet Kléber*, vice-président des hôpitaux d'Avignon, propose de renvoyer la question à l'étude en commun avec les facultés de médecine. Il importe que le recrutement de l'in-

ternat devienne très sérieux, car le titre d'interne des hôpitaux n'a le plus souvent qu'une valeur illusoire. On prend, en effet, comme internes de petits hôpitaux tous ceux qui se présentent, car on n'a pas le choix.

Il serait peut-être possible de grouper tous les hôpitaux autour de leur Faculté de médecine, pour le recrutement des internes et peut-être alors pourrait-on solutionner d'une manière pratique la question de l'internat obligatoire.

M. *Rondel*, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, invite les spécialistes et les techniciens à adresser leurs idées au Comité national de la Société internationale d'assistance, dont il est le secrétaire général. Alors cette question pourrait être étudiée sous toutes ses faces et, au prochain Congrès, il sera possible de présenter des conclusions pratiques. Cette proposition est adoptée.

Les pharmaciens des hospices et hôpitaux.

En fin de la dernière séance, M. *Gignoux*, vice-président de l'hôpital de Nîmes, rappela les termes d'une lettre ministérielle, invitant les commissions à supprimer les pharmacies des hospices et hôpitaux, dont le gérant n'était pas un pharmacien diplômé et de s'adresser, désormais, pour les fournitures de l'établissement, aux pharmaciens de la localité.

Or, il se produira un déficit dans les resssources de l'hôpital, car, dans bien des endroits, ces pharmacies hospitalières vendaient au public au même prix que les pharmaciens de la localité. Tout le monde pouvait s'approvisionner à l'hôpital, à prix normal.

Il est évident que cette manière de faire est mal vue par les syndicats de pharmaciens, mais comme le bénéfice de la vente des médicaments est affecté à l'hôpital, l'orateur conclut par un vœu demandant le maintien des habitudes actuelles.

Le Dr *Leprince*, de Paris, se demande si le Congrès est réellement compétent sur cette question. Le problème n'a pas été étudié par des rapporteurs, alors que les pouvoirs publics sont très renseignés et documentés. Il propose donc le renvoi à un prochain Congrès.

M. *Rondel*, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, fait savoir que la question est posée depuis longtemps. Il y a une quinzaine d'années, une enquête officielle fut faite, mais elle échoua, car le questionnaire était mal établi.

Les membres des commissions hospitalières sont avertis que la question est reprise.

Les hôpitaux ont parfaitement le droit de vendre des médicaments au public, si leur officine est gérée par un pharmacien résidant. L'administration supérieure s'est désintéressée de la question car les syndicats de pharmaciens ont fait plusieurs fois trancher la question par les tribunaux et il ne reste donc qu'à faire respecter et appliquer ces décisions de la jurisprudence.

Mais, il ne faut pas oublier que ce serait voir se tarir une source de très gros bénéfices pour l'hôpital. Il est donc indispensable que la question soit renvoyée à l'étude du prochain Congrès.

M. *Verdet Kléber*, vice-président des hôpitaux d'Avignon, appuie cette proposition, car si les intérêts des pharmaciens sont très respectables, la situation n'a pas changé pour les hôpitaux. Beaucoup de petits établissements ne vivent que de la pharmacie. Faudrait-il donc les fermer, s'ils ne peuvent plus vendre de médicaments ?

La question est renvoyée au prochain Congrès.

Conclusions.

L'an dernier, lors du premier Congrès des commissions administratives des hôpitaux, nous avions eu beaucoup de peine à nous faire admettre parmi les congressistes et il nous a fallu tout l'appui de M. Mirman, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, pour qu'un médecin puisse être toléré pour collaborer aux travaux des hôpitaux. Et encore étions-nous le représentant d'un hôpital de petite ville.

Grâce à M. Mirman, qui, en maintes circonstances, a proclamé qu'il lui paraît indispensable d'appeler tous les techniciens à collaborer à l'œuvre commune, un vœu avait été voté à l'unanimité, par le Congrès, réservant pour cette année la question des malades dits payants. La collaboration du corps médical devait être effective, car l'ordre du jour voté disait : « Le Congrès... charge à cet effet la commission d'organisation du prochain Congrès de préparer sur cette importante question un accord extrêmement souhaitable avec le corps médical, représenté par les syndicats médicaux et tient à ouvrir dès maintenant ces négociations, en adressant au corps médical, dont les membres des commissions administratives sont bien placés pour apprécier le dévouement éclairé, un témoignage de très cordiale sympathie ».

Remarquons que, l'an dernier, M. Mirman représentait officiellement, au Congrès, le Ministre de l'Intérieur. C'était lui qui avait obtenu ce vote, consacrant ainsi la collaboration du corps médical pour l'étude de ces questions hospitalières et qu'enfin, les syndicats médicaux étaient reconnus comme étant bien les représentants légaux des intérêts corporatifs. Néanmoins, pour des raisons que nous ne voulons pas approfondir ici, la commission d'organisation du 2e congrès n'a pas tenu compte de ce vote et ce n'est que quinze jours avant le Congrès et par une voie très détournée, que nous avons pu connaître l'ordre du jour qui serait discuté.

Encore une fois, nous avons été à Montpellier

comme représentant un hôpital et non comme médecin. Mais, nous n'avons pu nous défendre d'un sentiment de tristesse en constatant l'individualisme outrancier des collectivités, individualisme qui cadre mal avec nos idées modernes d'association.

Quiconque n'est pas administrateur d'hôpital est considéré comme incompétent et comme incapable de donner une idée juste sur l'administration et la gestion hospitalière.

Or, les plus intransigeants sont devenus administrateurs d'hôpitaux, non pas parce qu'ils ont soigné des malades et passé leur vie dans les hôpitaux comme externes, internes, puis médecins ; non ! Ce sont des élus du suffrage universel qui, du conseil municipal, sont passés à la commission de l'hôpital, ou bien, nommés par le préfet, ils ont pu devoir leur nomination à de toutes autres causes qu'à leur compétence technique pour la gestion du bien des pauvres.

Mais il faut voir la superbe de quelques-uns, dédaignant le médecin, le considérant comme un employé, un infirmier supérieur, n'ayant qu'à obéir aux ordres donnés. N'avons-nous pas entendu dire que le chirurgien doit opérer les malades qui sont admis dans son service, sans avoir à se préoccuper de la situation de fortune de ces hospitalisés !

L'administration est souveraine maîtresse et admet qui bon lui semble. Si le médecin d'hôpital n'est pas content, il n'a qu'à démissionner. De tels raisonnements vous donnent une tristesse infinie, car il ne faut pas nier que ces hommes, aux convictions erronées, sont pourtant animés des meilleures intentions. Mais ils sont comparables à ces gens qui se croient obligés de devenir des tyrans, dès qu'on leur met un képi quelconque sur la tête, ou un brassard autour de la manche.

Plusieurs fois, nous avons déclaré à quelques-uns de ces personnages bouffis d'orgueil et de suffisance : « Dans un hôpital existent deux facteurs essentiels : le malade, le médecin. Il serait impossible de concevoir un hôpital sans malade, ou sans corps médical. La commission administrative n'est qu'un intermédiaire entre ces deux facteurs, car on peut la réduire à sa plus simple expression, surtout dans les établissements privés. Pourquoi donc vouloir prendre une place prépondérante, autoritaire et intolérable ? Ne vaut-il pas mieux solliciter tous les concours, toutes les compétences, lorsqu'il s'agit de soulager l'humanité souffrante et surtout lorsque les gens en cause sont des miséreux ? »

Voilà pourquoi, malgré beaucoup d'avanies, nous sommes resté au Congrès, soutenu par quelques bien rares personnes de bonne volonté, qui, comme nous, veulent faire triompher l'idée d'une collaboration cordiale, mais technique.

Nous allons travailler toutes ces questions, au point de vue juridique, comme au point de vue professionnel. Puis, les syndicats médicaux tireront ce qu'ils voudront de ces études, pour qu'au prochain Congrès, dans deux ans, des médecins puissent venir apporter une documentation précise et des exemples vécus.

Alors, certains intérêts, trop particularistes, qui cherchent à accaparer le Congrès, pourront comprendre que la collectivité a des droits et qu'il est impossible de refuser le concours des praticiens, lorsque ces techniciens sont remplis de bonne volonté. Nous sommes fermement persuadé que, dans deux ans, les syndicats médicaux seront officiellement représentés à la réunion de ceux qui s'occupent d'assistance et de bienfaisance. Le corps médical restera dans sa tradition : toujours faire le bien et la charité.

Dr Paul Boudin.

***

Vœux présentés au Congrès à la suite des rapports

1° SECTIONS DES HOPITAUX ET HOSPICES

De l'uniformité de méthodes pour l'établissement de budgets, comptes moraux, etc.

Rapport de M. Ginet,

Secrétaire général des hospices civils de Saint-Etienne.

Pour arriver à obtenir l'uniformité des méthodes dont il est ci-dessus question, M. Ginet propose la nomination d'une Commission spéciale comprenant des chefs de service de trois catégories d'établissements : grands, moyens et petits, à l'effet d'élaborer un modèle qui serait soumis à l'administration supérieure et qui, après son adoption, serait recommandé à toutes les administrations de Bienfaisance.

Du remboursement des frais de séjour des malades de nationalité étrangère.

Rapport de M. Borie,

Sous-secrétaire général des hospices civils de Saint-Etienne

Le Congrès,

Considérant qu'aux termes de la loi du 15 juillet 1893, les étrangers malades privés de ressources seront assimilés aux Français, toutes les fois que le Gouvernement aura passé un traité réciproque avec leur nation d'origine. Que, par avis en date du 27 février 1897, le Conseil d'Etat a étendu cette prescription aux dispositions de la loi du 18 août 1851 :

« Qu'en dehors du cas ci-dessus spécifié, les Etablissements hospitaliers sont en droit de se refuser « à admettre gratuitement les étrangers atteints de « malades aiguës ou épidémiques ou de blessures « graves, et *a fortiori* ceux ayant une maladie chronique ;

« Que, d'autre part, les sentiments d'humanité et « de charité dont s'honorent les nations civilisées « leur font un devoir moral de ne pas abandonner des « indigents à la souffrance et à la mort pour la seule « raison qu'ils n'appartiennent pas à la nation dans « laquelle ils se trouvent résider ;

« Que, du reste, les vingt Etats représentés à la « Conférence Internationale de Paris ont décidé, par « la voix unanime de leurs délégués, l'assimilation, en « matière d'assistance, de l'étranger au national ;

« Considérant, d'autre part, que l'hospitalisation « des malades de cette catégorie a des répercussions « importantes sur le budget de nombreux Etablis- « sements hospitaliers ; qu'il ne saurait convenir de « grever ainsi, d'une façon indéfinie, le bien sacré des « pauvres d'un fardeau destiné à s'accroître de plus « en plus avec le développement même de la civili- « sation et de l'activité industrielle ;

« Que contrairement à la théorie logique et équi- « table, adoptée par le Gouvernement français, qui « voit dans la patrie une famille plus large que la fa- « mille naturelle, qui suit et protège ses enfants « où qu'ils se trouvent, les nations étrangères se re- « fusent jusqu'à présent à rembourser les frais de sé- « jour résultant de l'hospitalisation de leurs ressor- « tissants indigents, assistés à titre momentané.

« Emet le vœu :

« 1° Que les efforts nécessaires soient faits par le « Gouvernement français pour obtenir séparément « des Gouvernements étrangers la passation de trai- « tés assurant le dit remboursement ;

2° Que l'article premier de la loi du 7 août 1851 « soit modifié conformément au texte adopté par la « Chambre des députés le 13 mars 1913, avec indi- « cation que ses prescriptions doivent s'entendre « aussi bien des malades de nationalité étrangère, « dont les frais seront remboursés par l'Etat, que des « malades français, mais étrangers à la commune où « ils sont hospitalisés comme étant « tombés mala- « des » sur son territoire ».

Du droit des pauvres.

I. — PROTESTATION CONTRE LE PROJET DE LOI BERRY.

II. — APPLICATION A DES CATÉGORIES DE SPECTACLES ACTUELLEMENT EXONÉRÉS.

Rapport de M. LEMONNIER.

Administrateur du bureau de bienfaisance e la ville d'Angers

Le Congrès émet le vœu :

1° Que les Chambres maintiennent le droit des pauvres, tel qu'il est établi par la loi de frimaire an V et repoussent énergiquement toute proposition de loi qui aurait pour effet de substituer à la taxe sur les spectateurs un impôt sur les bénéfices ;

2° Que le Gouvernement prenne l'initiative d'une proposition de loi déclarant « qu'en outre de tous les « spectacles donnés dans les lieux où l'on rentre en « payant, seront spécialement assujettis au droit des « pauvres toutes les courses de chevaux, d'automo- « biles, de vélocipèdes et autres, les concours hippi- « ques, les expositions organisées par des Sociétés re- « connues ou non d'utilité publique, de même que les « conférences, les cérémonies célébrées dans les égli- « ses, lorsqu'il sera perçu un droit d'entrée ».

3° Que lorsque les courses ou concours auront lieu dans des communes autres que celles du siège de la Société qui les organise, le produit de la taxe perçue sera partagé entre ces communes et celle du siège social de la Société proportionnellement au chiffre de leurs populations respectives.

Modification à la loi du 14 juillet 1905

Rapport de M. CORNU,

Secrétaire général des hospices d'Orléans.

Le Congrès,

Considérant qu'aux termes de la loi du 14 juillet 1905, tout vieillard infirme et incurable, qui désire être admis au bénéfice de cette loi, doit préalablement présenter une demande d'admission au Bureau d'assistance, lequel, après instruction de cette demande, fait ensuite des propositions au Conseil municipal, d'où, pour l'intéressé malade et sans ressource, l'obligation d'attendre souvent un long délai avant d'être secouru ou hospitalisé au titre de ladite loi ;

Que, depuis le fonctionnement de ladite loi, l'expérience a démontré que la non-admission immédiate à l'hospitalisation en cas d'urgence de tout vieillard, infirme ou incurable, qui tombe malade, constitue une lacune regrettable ;

Emet le vœu :

Qu'il soit ajouté à l'article 8 de la loi du 14 juillet 1905, la disposition suivante :

En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, l'admission à l'hospitalisation peut être prononcée par le Maire, qui en rend compte en comité secret au Conseil municipal, dans sa plus prochaine séance.

Du domicile de secours

Rapport de M. ULMANN, maire de Montbéliard.

Considérant que la recherche du domicile de secours devient difficile sinon impossible lorsqu'il s'agit d'individus qui ont séjourné, comme cela arrive fréquemment pour certaines catégories d'ouvriers, dans un grand nombre de communes différentes, lorsqu'il s'agit de vieillards qui très souvent ne se rappellent plus les endroits où ils ont passé et sont incapables de donner à l'Administration aucun renseignement ;

Emet le vœu :

Que soit prescrite la tenue obligatoire dans les mairies, de registres de population ;

Que, sous des peines sévères, les personnes arrivant dans une commune pour y résider soient obligées d'en faire la déclaration dans la quinzaine, en produisant un certificat de départ, délivré par le Maire de la dernière résidence, de façon que les individus puissent être suivis dans leurs résidences successives et que soit ainsi donnée à l'Administration la base qui lui manque, non seulement pour établir le domicile de secours, mais pour assurer l'application

de nombreuses lois (loi scolaire, loi sur le recrutement, loi sur les vaccinations, loi sur les retraites ouvrières, etc.).

Vœu relatif au visa des bons d'assistance

Par les Administrateurs du Bureau de Bienfaisance de Saint-Etienne.

La Commission administrative du Bureau de Bienfaisance de Saint-Etienne,

Considérant :

1° Que le Décret du 14 avril 1906 stipule que les bons d'assistance délivrés par application de la loi du 14 juillet 1905 (assistance aux vieillards, infirmes, etc.) ; de la loi du 17 juin 1913 (id. aux femmes en couches) ; de la loi du 14 juillet 1913 (id. aux familles nombreuses), seront visés par l'Ordonnateur du Bureau de Bienfaisance ;

2° Que le décret du 22 novembre 1907 a laissé subsister cet état de choses, en autorisant simplement, sous certaines conditions (Délibération approuvée par le Préfet), la Commission administrative à déléguer la signature de ces bons à un de ses membres ;

3° Que cette formalité du visa constitue un travail considérable dans les villes importantes, à Saint-Etienne, par exemple, où il est délivré, mensuellement, plus de 6.000 bons ;

4° Que le visa donné en la forme authentique apparaît comme inutile et sans objet :

a) Parce qu'il ne constitue pas, légalement, un titre de paiement, puisque celui-ci ne peut être effectué, par le receveur, que d'après les données de l'état justificatif des allocations que l'ordonnateur lui a transmis après l'établissement des bons ;

b) Que la responsabilité du receveur ne peut s'abriter derrière la signature de l'administrateur ;

c) Qu'il ne constitue, à aucun degré, une garantie quelconque, tant pour l'Administration du Bureau de Bienfaisance que pour le contrôle nécessaire de l'Etat.

Emet le vœu :

Que les prescriptions des décrets des 14 avril 1906 et 22 novembre 1907, relatives à la signature authentique des bons d'assistance, délivrés en vertu des lois précitées, par un administrateur du Bureau de Bienfaisance, soient modifiées et permettent d'authentiquer ces bons par une simple apposition des timbres du Bureau de Bienfaisance et de la griffe d'un administrateur.

Décide :

Que ce vœu sera présenté au VIe Congrès national d'assistance publique et privée qui doit avoir lieu à Montpellier, le 1er juin 1914, pour que ledit Congrès, par adoption de ces motifs, sollicite des Pouvoirs publics la suppression de cette formalité.

Communications de M. Suberbie

Vice-président de la commission administrative de l'hôpital-hospice de Bagnères-de-Bigorre

Les Commissions administratives. — Loi de 1851. — Les aliénés. — Les malades étrangers. — Le prix de journée. — Les dix premiers jours de maladie. — Circonscriptions hospitalières. — Frais funéraires.

Les Commissions administratives.

Le Congrès,

Considérant qu'il faut à tout prix éviter de faire pénétrer la politique et les divisions locales au sein des Commissions administratives,

Emet le vœu :

Qu'il ne soit apporté aucun changement à leur organisation actuelle.

Loi de 1851.

Le Congrès,

Considérant que la loi de 1851 est en contradiction avec la loi sur l'assistance médicale gratuite,

Emet un vœu d'abrogation pur et simple de cette disposition légale.

Les Aliénés.

Le Congrès,

Considérant que les Etablissements hospitaliers ne doivent garder les aliénés dans leurs dépôts que durant un laps de temps très court et qu'on ne saurait sans injustice leur faire supporter les lourdes charges qu'entraîne une admission de cette nature.

Emet le vœu :

Que les Préfets prennent dans le délai maximum de 48 heures après l'envoi du dossier, l'arrêté ordonnant l'admission du malade au dépôt départemental,

Et que le paiement des frais supplémentaires occasionnés par la présence de l'aliéné soit mis à la charge de la commune, domicile de secours.

Les malades étrangers.

Le Congrès,

Considérant que l'étranger a droit aux soins médicaux, mais qu'aucun principe ne permet de mettre à la charge d'un hôpital, souvent sans ressources et dans l'impossibilité de s'en procurer, les dépenses qu'amène son admission.

Emet le vœu :

Que l'Etat fasse, au nom des Hôpitaux, chaque année, les démarches nécessaires pour le remboursement des frais d'hospitalisation.

Le prix de la journée.

Le Congrès,

Considérant que le mode actuel du calcul du prix de journée est arbitraire et qu'il n'établit pas la différence nécessaire entre les divers hôpitaux.

Emet le vœu :

Que le tarif journalier ait pour base unique le nombre de journées d'hospitalisés avec un prix maximum et un prix minimum.

Les dix premiers jours de maladie.

Le Congrès,

Considérant que c'est à tort que les frais d'hospitalisation, durant les dix premiers jours de maladie, ont été mis dans certains cas à la charge de l'hôpital ou de la commune, siège hospitalier,

Emet le vœu :

Que la collectivité de secours soit obligée seule et en totalité d'acquitter les frais de séjour de ces malades dans un établissement hospitalier.

Circonscriptions hospitalières.

Le Congrès,

Considérant qu'il est des cas où l'envoi d'un malade ou d'un vieillard d'un hôpital dans un autre, même étranger au département, est nécessaire.

Emet le vœu :

Que cet envoi puisse être fait de droit lorsqu'un accord est intervenu entre les établissements intéressés, chacun d'eux devant simplement prévenir de l'entente le Préfet de son département.

Frais funéraires.

Le Congrès,

Considérant que la loi doit être appliquée de manière uniforme sur toute l'étendue du territoire français.

Emet le vœu :

Que des mesures soient prises pour que la collectivité du domicile de secours, paie en plus du prix de journée, les frais funéraires des malades et des vieillards envoyés par elle dans des établissements hospitaliers.

Notes de M. le Directeur

de l'Hôpital-Hospice Auban-Moët, près Epernay.

Première question : Hôpital.

Blessé, entré à l'hôpital, devient estropié et incapable de gagner sa vie. Il n'existe pas d'hospice pour le recevoir comme incurable.

Le Congrès,

Emet le vœu que des Etablissements strictement réservés aux incurables soient créés dans tous les départements où il n'y en a pas, en donnant à ceux-ci une importance proportionnée à celle des arrondissements qu'ils seraient appelés à desservir.

Deuxième question : Allocation du secours d'abord et admission à l'hospice ensuite (loi du 14 juillet 1905).

Le Congrès,

Emet le vœu que le vieillard assisté, admis ensuite dans un hospice, à titre de vieillard, infirme et incurable, conserve ses droits à l'allocation du secours dont il jouissait avant d'entrer dans ledit établissement, sauf à reverser cette allocation à l'hospice, pour alléger d'autant la charge résultant de son entretien.

Troisième question : Hôpital. Cas d'urgence. Blessé reçu par humanité dans un hôpital autre que celui de son domicile de secours.

Le Congrès,

Emet le vœu que les intérêts de l'hôpital qui a reçu le blessé ne soient pas lésés et qu'un recours soit assuré à celui-ci, même après coup, par le Préfet qui aurait à établir contre qui, en toute justice, ce recours doit être exercé.

Quatrième question : Hôpital-Hospice. Internement des enfants au-dessous de 13 ans, inculpés de crimes ou délits.

Avis demandé au Congrès :

Sur qui doit retomber la responsabilité des graves conséquences qui peuvent résulter, pour les enfants inculpés de crimes ou délits ou pour les autres hospitalisés, de la présence dans les Hôpitaux-Hospices des dits enfants dont la surveillance est difficile ?

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— Un praticien victime du devoir professionnel. — Une épouvantable tragédie vient d'ensanglanter Sainte-Maxime et de jeter la consternation parmi nos concitoyens. Un fou a tranché la gorge à un docteur qui lui prodiguait ses soins ; puis, après avoir semé la terreur sur son passage, a été abattu par un gendarme.

Dernièrement, le docteur Fernand Porre était appelé pour donner ses soins à un jardinier italien, nommé Etienne Ghio, âgé de 35 ans environ, marié et père d'une fillette. Le docteur se rendit donc auprès du malade qui était atteint de crises fréquentes de folie. Comme il pénétrait dans la maison, le jardinier dit à sa femme :

— Va me chercher un pantalon propre, afin que je puisse accompagner le docteur.

La femme, obéissant à son mari, monta dans sa chambre chercher le vêtement demandé. Elle redescendit aussitôt, mais recula soudain, épouvantée. A terre, au milieu d'une mare de sang, le docteur Porre gisait, la gorge tranchée. Son mari avait disparu.

Affolée, la malheureuse se précipita au dehors, appelant les voisins au secours. Immédiatement, la sinistre nouvelle se répandit comme une traînée de poudre et, bientôt, la population s'élança à la poursuite de l'assassin.

Celui-ci, son meurtre accompli, avait, en effet, pris la fuite. Gesticulant et se démenant, il arrivait sur la place et abordait M. Porre, le père de la malheureuse victime, auquel il tenait des propos incohérents. Déjà, l'attitude de Ghio avait intrigué de nombreux passants, qui, comprenant qu'ils avaient devant eux un fou, voulurent l'arrêter. Mais le jardinier, injuriant et menaçant les plus rapprochés, prit à nouveau la fuite, poursuivi par de nombreuses personnes. Un peintre voulut l'arrêter ; mais le forcené, le mordant cruellement à la main, l'obligeait à lâcher prise.

Devant la caserne de gendarmerie, sur la place de la mairie, les gendarmes voulurent intervenir. Le dément, violemment surexcité par sa crise de folie, réussit à s'en débarrasser.

La foule, accrue d'instants en instants, se massait autour de Ghio, criant aux gendarmes : « Tuez-le ! Tuez-le ! »

Ghio brandit alors son rasoir, encore rouge du sang du malheureux docteur et se rua vers la foule. Celle-ci, terrorisée, recula devant le meurtrier. C'est alors que le gendarme Bonnard, voyant le danger que courait la population et comprenant que toutes les tentatives faites pour arrêter et désarmer l'Italien seraient vaines et sans doute mortelles, prit son revolver, et visant le meurtrier, il l'abattit d'un coup de son arme.

La victime, le malheureux docteur Fernand Porre, enfant du pays, était âgé de 35 ans. Il était célibataire et vivait avec son père et sa mère à Saint-Maxime, jouissant de l'estime et de la considération de toute notre population.

Le docteur Porre a eu l'artère carotide tranchée avec un rasoir. De plus, sur la tête de la victime, on a relevé plusieurs ecchymoses semblant provenir de coups de bâton.

Détail qui montrera combien le malheureux docteur était esclave de son devoir professionnel : il avait projeté, avec quelques amis, d'aller ce matin, au

Muy, en partie de plaisir. Mais, devant rendre visite à Ghio, il dit à ses amis de partir sans lui, ajoutant que, s'il avait le temps, il les rejoindrait plus tard.

— **XXIVe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française du 3 au 10 août 1914.** — *Lundi* 3 *août.* — *A* 9 *heures* et demie du matin. — Séance solennelle d'ouverture au cercle de la municipalité. — L'après-midi. — Rapport et discussion sur la première question : *Les psychoses post-oniriques.* Rapporteur : M. le docteur DELMAS, médecin de la maison de santé Esquirol, à Ivry-sur-Seine. Le soir. — Réception offerte par la municipalité de Luxembourg.

Mardi 4 août. — Le matin. Rapport et discussion de la deuxième question : *Les maladies mentales professionnelles.* Rapporteur : M. le docteur COULONJOU, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon (Vendée). — L'après-midi. Excursion à Mondorf-les-Bains (par train spécial). Séance de communications à l'établissement thermal. — Le soir. Réception offerte aux congressistes par M. MOLLARD, ministre de France à Luxembourg.

Mercredi 5 *août.* — Le matin. Rapport et discussion de la troisième question : *Les lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.* Rapporteur : M. le professeur agrégé ROUSSY, de la Faculté de médecine de Paris. — L'après-midi. Séance de communications. Un appareil à projections et un cinématographe seront à la disposition des congressistes. — Le soir. Réception offerte par le président et les membres du Congrès.

Jeudi 6 *août.* — Excursion automobile dans le Grand-Duché de Luxembourg. Aller par Esch-sur-Sûre et Wiltz. Déjeuner à Clervaux. Retour par la vallée de l'Our, le château de Vianden et Diekirch. Arrivée à Ettelbruck vers 4 heures. — Visite de l'asile d'aliénés sous la conduite du médecin-directeur, M. le docteur BUFFET, secrétaire général du Congrès. Séance de communications et clôture des travaux du XXIVe Congrès. Lunch offert par l'asile d'Ettelbruck. Retour à Luxembourg.

Excursion facultative (*bords du Rhin*). Le prix par personne pour ce voyage est de 110 francs (agence Cook).

Une réduction de 50 % sur le prix des billets ordinaires (tarif plein à l'aller, gratuité au retour),avec validité du 27 juillet au 20 août, a été obtenue sur tous les réseaux de chemins de fer français.

Prière d'adresser sans retard les adhésions, cotisations et communications au Dr LALANNE, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy (M.-et-M.) (Membres adhérents : 20 francs. Membres associés : 10 francs.)

— **Vulgarisation des stations balnéaires et sanitaires de France et de Belgique.** — Le 20 juin s'est réuni à Anvers le Comité médical belge pour la vulgarisation des stations balnéaires et sanitaires de France.

Les soussignés, MM. les docteurs Léon Godts, Edouard Marchal, Théophile Meulders, Joseph Tricot, M. Gaston Stalins, sont les membres fondateurs de ce Comité et constituent le bureau permanent de l'œuvre.

Le groupe étudie les stations thermales françaises au point de vue hydrologique et climatologique.

Les travaux sont publiés dans le journal *La France* qui est le Bulletin officiel du Comité.

Le Comité émet le vœu de placer l'œuvre nouvelle sous l'égide de présidents d'honneur choisis par les sommités médicales des quatre universités belges.

Tous nos compliments à nos distingués confrères belges. Tous nos remerciements aussi pour une initiative qui a pour but de faire connaître et aimer la France.

Æsculape. — GRANDE REVUE MENSUELLE ILLUSTRÉE, 41, rue des Ecoles, Paris. Le no 1 fr. (Etranger 1 fr. 50) (franco contre timbres-poste). Abonn. : 12 fr. (Etranger : 15 fr.). — SOMMAIRE du no de juin 1914.

Notes médico-psychologiques sur l'œuvre de Michel-Ange à la Chapelle des Médicis (5 illustr.), par le Dr Félix REGNAULT, prof. au collège des sciences sociales. — Les tombeaux de Julien et de Laurent de Médicis ; les figures allégoriques du Jour et de la Nuit, de l'Aurore et du Crépuscule, Tristesse, lassitude, désenchantement.

La santé de l'empereur (6 illustr.), par le Dr BONNETTE. — Soins corporels, sobriété ; troubles gastro-intestinaux dysurie ; mort par cancer de l'estomac.

La Légende des Sirènes (11 illustr.), par le Dr P. BARUTAUT. — L'imagination de nos ancêtres n'a pas créé les sirènes de toutes pièces ; elle est inspirée de l'existence des monstres syméliens, à membres inférieurs soudés. Les sirènes dans la mythologie ; leurs chants séducteurs ; leurs épaules, leurs gorges opulentes, leurs bras gracieux, leurs ventres recouverts d'écaillles.

Un docteur de Montpellier à Paris au XVIIe siècle : Théophraste Renaudot (5 illustr.), par le Dr E. SICARD. — Une vie pleine de calomnies, de luttes, de procès. Renaudot sacrifie le plus beau de son âge à des œuvres de véritable précurseur : « *Gazette* », *consultations gratuites, bureau d'adresses....* etc. Mais il est trop en avance sur son siècle, il ne rencontre que sarcasme et hostilité.

Le culte de Saint-Georges et le traitement de la folie chez les Grecs (9 *illustr.*), par le Dr L. LIBERT. — L'enchantement du monastère de Saint-Georges à Prinkipo ; aucune maladie mentale ne résiste au pouvoir de Saint-Georges et son succès est aussi grand avec les furieux qu'avec les mélancoliques ; on ne refuse aucune maladie ; quand l'aliéné n'est pas transportable, un de ses parents vient au monastère acheter une clochette qu'on passe au cou du malade. Les couvents de Saint-Georges en Palestine. La légende de Saint-Georges de Cappadoce terrassant le Dragon et délivrant la fille du roi.

Deux Sonnets, par le Dr P. FINET.

Yong-Fou, Joyau Céleste, Monsieur de Pékin (8 illustr.), par le Dr AVALON. — Mademoiselle « Grande Jeunesse », que sa famille besogneuse a vendue ; ses yeux magnifiques, son teint d'ivoire, sa longue tunique de soie bleue. — Joyau Céleste, un des favoris de l'empereur, représentant du troisième sexe. — La cruauté de M. de Pékin avec ses suppliciés.

Voilà justement pourquoi votre fille est muette. Simili-gravure hors-texte de GRANVILLE.

Supplément (20 illustr.). — Réponse à Mat-Gioï à propos d'opium. — Michel-Ange devant le psychiâtre. — Les victimes de la mode. — Le mérite de Parmentier. — Pensée française et pensée allemande d'après M. Boutroux. — La plus basse température de l'atmosphère. — L'ail. — Le vent du boulet. — La climatologie d'après les Extrêmes-Orientaux. — La critique d'art à l'électricité. — Le rat et la mouche. — Les médecins dans le roman. — La frigidité de madame de Pompadour. — Bernardin de Saint-Pierre végétarien.— L'enlèvement de Madame de Miramion. — Un pape guéri par des pratiques magiques.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
THIRON et FRANJOU Sucrs
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

A chacun son métier
La Mutualité aux Mutualistes
La situation de la Société centrale de l'A. G.
A propos des allocations d'ancienneté

Nous avons reçu l'ordre du jour suivant dont nous ne pouvons qu'approuver à la fois l'esprit et les termes. Cet ordre du jour a été voté par la Société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Meaux sur la proposition du Dr Decourt, lors de l'Assemblée générale du 19 juin 1914 :

La Société locale des médecins de l'arrondissement de Meaux, réunie en Assemblée générale le 27 juin 1914, approuvant le vœu de la Société locale du Loir-et-Cher concernant la spécialisation de l'Association générale des médecins de France, dans les questions de mutualité.

Félicite le Conseil général de l'A. G, d'avoir, dans sa réunion du 16 mai 1914, refusé de participer au Congrès des Praticiens, aucune question de mutualité n'étant à l'ordre du jour,

Et émet le vœu qu'il continue à suivre cette ligne de conduite nouvelle et par suite que l'A. G., ainsi que le demande la Société locale du Loir-et-Cher, « se contente de soulager les misères particulières en laissant à l'Union des Syndicats médicaux de France le soin de défendre les intérêts généraux des médecins par les méthodes syndicalistes. »

Il est d'urgente nécessité que l'A. G. et ses sociétés ne sortent plus de leur rôle d'association de prévoyance et de mutualité et ne se mêlent plus de défense professionnelle.

D'abord, répétons-le, parce que c'est la loi et que le Conseil d'Etat a déjà tranché en ce sens la question.

En second lieu, parce que l'argent versé dans les caisses de l'A. G., soit par des legs et des dons, soit par les membres cotisants, appartient entièrement aux médecins, aux veuves et aux orphelins qui se trouvent dans les conditions requises pour être secourus. Pas un centime ne saurait être distrait de cette destination. Si la prospérité de la situation financière de l'A. G. et des sociétés qui lui sont affiliées était telle qu'un excédent restât en caisse après avoir secouru toutes les misères médicales, on pourrait expliquer, sinon excuser, l'emploi de cet excédent à la poursuite d'un autre but que

celui qui est l'unique raison d'être de l'A. G. Mais chacun sait que, loin d'être très prospère, l'A. G., malgré les millions qui forment sa fortune, peut à peine remplir ses obligations statutaires.

La Société centrale, la plus importante des Sociétés de l'A. G. puisqu'elle compte 780 membres, a besoin plus que toute autre société qu'on veille au bon emploi de ses ressources et qu'on fasse un sérieux effort pour améliorer sa situation. A la dernière assemblée générale, nous avons dû voter le relèvement de la cotisation de 12 à 20 francs. Cette augmentation était indispensable. Nous ne doutons pas de la bonne administration des deniers de la Société centrale, nous savons avec quelle scrupuleuse conscience le dévoué et universellement estimé trésorier, le Dr Darras, exerce ses fonctions, mais cela n'empêche qu'il est indispensable qu'on suive de très près la marche de la Société, et le Dr Darras lui-même, dans son rapport à l'Assemblée du 8 mars 1914, publié dans le 55e compte rendu annuel de 1913 (pages 12 et suiv.) se fait un devoir d'attirer sur ce point l'attention des sociétaires.

« Au début de mon rapport de l'an dernier, écrit le Dr Darras, je constatais une diminution du produit des cotisations annuelles ; j'ai, cette année encore, le très vif regret de vous signaler un nouveau fléchissement de ce chapitre, mais ce fléchissement n'a plus la même cause qu'en 1912 ; il n'est pas la conséquence des démissions assez nombreuses que nous avions dû enregistrer, puisque notre effectif s'est, au contraire, accru de quelques unités. La diminution, qui est de 576 francs, n'a pas d'autre cause que la négligence de quelques sociétaires à s'acquitter de cette principale obligation, malgré notre insistance. »

Pour ceux qui connaissent le zèle que met le trésorier à faire recouvrer les cotisations, la constatation de l'entrée d'une cinquantaine de frelons dans la ruche de la Société centrale, sans alarmer, est de nature à préoccuper les adhérents.

Plus loin, le Dr Darras écrit dans son rapport :

« Pendant de longues années, votre commission administrative a dû, pour faire face à ses obligations, puiser dans la réserve de la Société et elle a d'autant moins hésité à le faire qu'elle était assurée de pouvoir reconstituer cette réserve lors de l'extinction de l'usufruit de la rente de 6.000 francs léguée en 1891 en nue propriété à la Société centrale par Mme Huguier, veuve d'un ancien sociétaire. »

La mort récente de Mme Huguier à 90 ans permet de disposer des 6.000 fr. de rente et, ajoute le trésorier :

« Cette recette de 6000 francs par an permettra à votre commission administrative d'augmenter peu à peu sa réserve et d'améliorer ses services d'assistance. »

Il est donc nécessaire de reconstituer la réserve, fortement attaquée, de la Société, qui pendant de longues années a dû y puiser pour faire face à ses obligations.

« La commission administrative a décidé de procéder à une enquête minutieuse sur la situation matérielle des veuves des sociétaires aidées régulièrement depuis plus ou moins longtemps.

Nous avons donc pu réduire ou supprimer quelques allocations qui n'étaient plus justifiées et le chiffre de secours accordés a baissé de près de 2.600 francs par rapport à celui de l'exercice 1912. Nous pourrons donc reporter sur des détresses plus grandes l'économie ainsi réalisée ».

Nous ne saurions que féliciter la commission administrative de la Société centrale de ces mesures nécessitées par la situation de ce groupement. Grâce à l'exigence du paiement strict des cotisations, à l'élévation de 12 à 20 francs de ses cotisations, à l'examen sérieux de la situation des personnes secourues et à la rente de 6.000 francs, désormais disponible, du legs Huguier, la Société centrale pourra reconstituer sa réserve et remplir les charges de plus en plus nombreuses qui pèsent sur elle.

Malgré les difficultés, au moins momentanées, qui ont gêné sa trésorerie, grâce à des dons, la Société centrale a pu distribuer trois allocations d'ancienneté de 360 francs. On sait que ces allocations, qui vont aux plus anciens sociétaires, sont considérées comme une amorce des retraites de droit. Cette amorce restera bien longtemps, craignons-nous, un geste inutile, car nous n'entrevoyons pas encore l'époque où les cotisations atteindront un chiffre suffisant pour permettre de transformer la Société centrale en Société de retraites de droit.

Beaucoup escomptaient que nos anciens, fortunés ou aisés, refuseraient leur allocation, soit en la reversant comme don dans la caisse, soit en conseillant de l'attribuer à un autre confrère moins favorisé.

Jusqu'à ce jour ce beau geste n'a pas été fait ; les confrères, dotés de l'allocation d'ancienneté, l'ont purement et simplement acceptée. Sans vouloir examiner la situation de ces confrères, dont on ne saurait discuter la conduite, puisqu'ils bénéficient d'un *droit*, nous pensons qu'il y aurait intérêt à faire le nécessaire pour que les allocations d'ancienneté fus-

sent, sans perdre leur caractère de droit, d'une réelle utilité. Ne pourrait-on pas à l'avenir en diminuer le nombre et les transformer en une ou plusieurs bourses à la *Maison du Médecin* ?

Les confrères qui accepteraient ces bourses (et elles seraient offertes comme les allocations en commençant par le plus âgé et seraient des bourses de droit) seraient indiscutablement des confrères intéressants soit du fait de la modicité de leurs ressources, soit du fait d'un isolement pénible pour eux. Les vétérans de la Société, aisés et possédant un intérieur familial, déclineraient évidemment la place qu'on leur offrirait et la laisseraient, nous n'en doutons pas, à de plus intéressants.

Cette manière de faire aurait encore l'avantage de créer un lien indirect entre l'A. G. et la Maison du médecin. Cette dernière, à la prospérité de laquelle tout le monde actuellement applaudit, ce qui n'eut pas lieu quand, avec quelques autres, nous prîmes une part minime à sa constitution, cette dernière garderait, bien entendu, son entière indépendance e ne commettrait pas la faute d'aliéner, si peu que ce fût, son autonomie.

Par ces quelques observations sur la situation de la Société centrale nous montrons que les conseils de l'A. G. et de ses Sociétés ont assez à faire s'ils veulent s'occuper de la bonne administration de leurs mutualités et de l'amélioration constante de leur fonctionnement ; nous montrons encore que plus que jamais nous sommes fondés à réclamer ce qu'exigent les Sociétés du Loir-et-Cher et de l'arrondissement de Meaux ; la bienfaisance, la prévoyance, la mutualité aux Sociétés locales et à l'A. G., la défense professionnelle aux Syndicats et à leur Union. Si vous parvenez à faire triompher cette doctrine qui relève du sens commun, croyez-bien, Confrères, que la défense de vos intérêts, menée avec méthode, compétence, unité et énergie, ne saurait qu'en profiter.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hôpital Beaujon : M. le Prof. A. ROBIN.

Le traitement hydrominéral de la goutte.

our fixer le traitement d'une maladie, une idée directrice est nécessaire. La première pensée venant à l'esprit est de s'appuyer sur la pathogénie ; malheureusement, il est peu de maladies dont la pathogénie soit connue. On donne, comme pathogénie, quelques faits liés ensemble pour constituer des doctrines qui ne sont, en réalité, que des théories. Ces théories sont mobiles ; elles s'effondrent avec ceux qui les avaient instituées. Fonder sur elles un traitement est une chose bien incertaine.

Prenons l'exemple de la goutte. Il n'est pas moins de dix théories qui s'en disputent la pathogénie. Citons-en quelques-unes, au hasard. La vieille théorie de Cullen, reprise et modernisée ces temps derniers, fait de la goutte un trouble de la nutrition du système nerveux. On se garde bien de dire quel trouble de nutrition est en cause. Comment baser un traitement là-dessus ? Une autre théorie considère la goutte comme une maladie de la nutrition consécutive à des maladies infectieuses lointaines : diphtérie, fièvre typhoïde, etc. Rien à déduire de là pour la thérapeutique. Un auteur anglais, Hare, voit l'origine de la goutte dans une intoxication intestinale. Faudrait-il en conclure un traitement appuyé sur l'antisepsie intestinale ? On sait quels résultats nuls ou désastreux donne cette antisepsie intestinale. M. Bouchard a soutenu avec talent la théorie du ralentissement de la nutrition. Mais est-ce vraiment un ralenti, le malade qui fait une quantité en excès d'urée et d'acide urique ? M. Lecorché lui a opposé d'ailleurs la théorie inverse de l'hypernutrition. Voilà une nutrition que l'on dit activée et ralentie ; comment le médecin praticien peut-il s'y reconnaître ?

Un fait important, signalé autrefois et contrôlé par des analyses modernes, est la présence d'acide urique dans le sang des goutteux, dans la majorité des cas. On possède là une petite base pour appuyer un traitement. Les hypothèses sont venues se greffer sur ce fait. On a dit

que l'organisme produisait trop d'acide urique, qu'il n'en éliminait pas assez, et il n'est pas moins de sept *opinions cherchant à expliquer ce* défaut d'élimination.

Pour établir une thérapeutique, nous allons rester dans l'observation, nous aidant de quelques-uns des faits certains fournis par la clinique. Un goutteux est un individu qui use plus de son activité nerveuse que de son activité physique. Il est trop alimenté, assure mal la fixation et fatigue son foie et ses reins par une élimination surabondante. La clinique nous apprend que les goutteux ont une hérédité de goutte, que ce sont des sédentaires, des suralimentés, qui surmènent leur système nerveux. Elle nous apprend aussi que le domaine de la goutte est très vaste et qu'il faut y faire rentrer, au point de vue du traitement, quantité d'affections dites goutteuses. Ce domaine s'étend depuis les manifestations arthritiques, telles que certaines dyspepsies, migraines, dermatoses, névropathies, jusqu'à l'accès de goutte, et jusqu'aux altérations profondes : artériosclérose, sclérose rénale, etc.

Dans cette affection, il convient de faire des coupures, de distinguer le candidat à la goutte, le goutteux, avec accès, et enfin les conséquences viscérales et artérielles de la maladie.

Cela dit, considérons quel devra être le traitement hydro-minéral de la goutte. Les eaux minérales employées dans le traitement de la goutte sont de trois ordres. D'abord, les eaux dont l'action dominante se produit sur la nutrition, les eaux bicarbonatées sodiques (Vichy au premier plan, Vals au deuxième plan, Le Boulou) ; les eaux bicarbonatées calciques, dont la plus connue est Pougues ; les eaux chlorurées sodiques et bicarbonatées (Royat, Saint-Nectaire), les chlorurées sodiques et sulfatées sodiques dont le type est Brides-les-Bains ; les chlorurées magnésiennes, comme Châtel-Guyon. A côté de cela, il faut placer les eaux de lavage, qui agissent plus par ce qu'elles emportent que par ce qu'elles apportent, contrairement aux précédentes qui agissent plus par ce qu'elles apportent que par ce qu'elles emportent. Ce sont Vittel, Contrexéville, Martigny, Capvern et Aulus.

On fait une erreur, il est vrai, en croyant que ce sont simplement des eaux de lavage. Elles ont quelque chose de plus ; elles agissent sur la nutrition, sur un organe important, en particulier, le foie : ce sont des stimulantes hépatiques.

Il y a, en outre, une cure externe, avec deux classes d'eaux, les unes très minéralisées, les autres peu minéralisées. Les premières comprennent des chlorurées sodiques faibles (Bourbon-Lancy, Bourbonne-les-Bains), des chlorurées sodiques fortes, mais mélangées à des boues, (Dax, Saint-Amand, Barbotan, dans le Gers). Les secondes comprennent des eaux indifférentes), comme Aix-les-Bains (légèrement sulfureuse), Néris, Plombières, qui s'adressent à des incidents de la goutte, aux malades ayant *besoin d'effets sédatifs.*

Quelles cures conseiller à la première catégorie de malades, aux candidats à la goutte ? Pour ceux-là, il n'existe pas d'indications précises. Le médecin doit se fonder sur la nature de la manifestation arthritique en cause, choisir l'eau d'après le mode d'expression de l'arthritisme. Par exemple, un grand nombre de dyspeptiques sont des arthritiques. Dans ces cas, c'est la médication alcaline, du type Vichy, Vals ou Pougues, qui convient. Si vous avez affaire à des gens offrant des manifestations urinaires, des sédiments rouges qui s'attachent au vase et indiquent une augmentation de l'acide urique, donnez les eaux des Vosges, en graduant suivant la susceptibilité, commençant par Vittel, remontant à Contrexéville et allant jusqu'à Martigny. Si vous avez affaire à des constipés, envoyez-les à Châtel-Guyon, à Brides. Si le malade a des manifestations cutanées, de l'eczéma, de l'urticaire, conseillez Royat ou, si les dermatoses sont plus accentuées, La Bourboule. Lorsque les troubles dominent du côté des muqueuses, qu'il y a bronchites fréquentes, toux, dyspnée asthmatique recommandez Cauterets, Luchon, ou, si la dyspnée prédomine, Le Mont-Dore. Enfin, d'autres malades ont du lumbago, du torticolis, des douleurs vagues, étiquetées rhumatisme goutteux ; ils sont justiciables d'Aix-les-Bains, de Luchon.

J'arrive à la deuxième catégorie de cas, les goutteux vrais. Avant de vous exposer la cure hydro-minérale qui leur convient, je voudrais poser une série de principes directeurs qui, au nombre de 7, sont les suivants :

1° N'envoyer de goutteux franc à une station thermale, qu'un ou deux mois au plus tôt après la disparition totale de l'attaque de goutte, sauf exceptions.

2° Chez tout goutteux dont l'attaque n'a pas laissé de reliquat, la cure de boisson suffit. S'il y a des reliquats, la cure balnéaire doit, au contraire, figurer au premier plan, pour être complétée quelquefois par la cure de boisson.

3° Pendant la cure, le malade doit éviter l'alimentation riche en nucléines, qui apporterait une quantité d'acide urique supérieure à celle perdue au cours du traitement. Le malade, d'autre part, ne changera pas brusquement son genre de vie. Quand un goutteux, qui vivait chez lui sédentaire, dans son bureau, arrive dans une station thermale, qu'il se met à marcher beaucoup, il peut provoquer de ce fait une crise de goutte, car il use ainsi davantage, et fabrique plus d'acide urique. Il a une tendance naturelle à attribuer la crise au traitement alors qu'elle est le résultat de son exercice excessif. Recommandez-lui de faire un traitement gradué, coupé de

◆◆

Correspondance hebdomadaire

(Suite).

Visite à 10 k. à 0.80	8 fr.
Pans. ant. complet........	3 fr.
	11 fr.
Ou bien visite à domicile =	8 fr
Pans. antisept. comp. 8 × 2	16 fr.
	24 fr.

Réponse. — L'une et l'autre de vos deux façons de compter sont erronées. Si, en effet, l'indemnité kilométrique ne doit pas entrer en compte dans le calcul du prix de l'intervention, il y a lieu, par contre, de compter en sus le prix de la visite elle-même, soit :

Visite........	1.50
Pansement antisept. complet (1.50×2)	3.00
Indemnité kilométrique pour visite à 10 km. en auto 10 × 2 × 0.40 =..	8.00
Total	12.50

N° 1779. — Dr S. M. à « Sou Médical ». — J'ai produit une note à une Cie d'Assurances qui discute le caractère « antisepti que complet » que j'attribue à un certain nombre de pansements. Je proteste. La Cie égare (?) ma note, m'en demande un duplicata que je fournis, me propose une somme que je refuse et finalement m'adresse un mandat de la susdite somme déjà refusée par moi.

Que dois-je faire du mandat ? C'est sur ce point que je serais heureux d'avoir votre avis aussitôt que possible.

Réponse. — Puisque le mandat qui vous a été adressé ne représente qu'une partie de vos honoraires, vous pouvez le conserver et le toucher, puis envoyer *au patron* une lettre aux termes de laquelle vous lui déclarerez avoir reçu en son nom de la Cie X. la somme de..., que vous considérez comme un acompte sur celle de..., qu'il vous doit, et lui demanderez de vous adresser la différence, soit..., dans un délai de quinze jours, par exemple, à défaut de quoi vous vous verrez contraint de le citer en justice.

N° 1811. — Dr P. à *Concours.* — Il y a quelques jours un charpentier en soulevant une lourde pièce de bois, ressent une douleur assez vive au niveau de la région épigas-

Suite page XVI.

repos, de ne pas se livrer à des marches prolongées, d'aller par entraînement progressif. Tout exercice qui détermine une sensation de fatigue est capable de provoquer un accès de goutte.

4° Dites au malade d'éviter les excitations nerveuses, de ne pas fréquenter le casino, ni surtout la salle de jeu, les émotions pouvant entraîner des accès de goutte.

5° Le goutteux se protègera, dans la station thermale, contre les variations de température.

6° Pour les goutteux qui ne sont pas florides, se méfier des cures trop énergiques, des eaux trop fortement minéralisées et de toute thérapeutique tapageuse. Le malade n'occupera pas toute sa journée en traitements, massages, électrisations, etc. Le meilleur exercice est certainement la marche en plein air, faite avec progression.

7° Avant de conseiller la cure de boisson, s'assurer de la perméabilité rénale.

Ces principes posés, je vais prendre des types, des groupes de malades. Voici un premier type fréquent, le goutteux floride, qui a des urines très colorées, des accès aigus francs. La station qui convient à ce type est Vichy, en recommandant surtout la cure de boisson et le moins de bains possible. Voici un second type, qui est le précédent, mais moins floride. L'appétit est moins bon, les digestions pénibles, et on note de la fatigue. C'est encore Vichy qui est indiqué. Seulement, au lieu de faire le grand traitement, laissez-le dans la cure de la source Chomel. Si vous avez des hésitations, et que vous craigniez Vichy trop fort, envoyez-le à Pougues. Voilà encore le même type, fatigué, constipé, avec des signes de pléthore abdominale ; recommandez Châtel-Guyon.

A une période plus avancée, voici un goutteux qui, au lieu de grands accès, a des accès moins aigus, mais prolongés. L'accès fini, le patient ne recouvre pas l'intégrité de ses mouvements ; il reste de la douleur. L'état général tend à fléchir, on note de l'amaigrissement, moins d'urée dans les urines. Pour ces cas-là, conseillez Royat et, quand l'état est plus accentué, Saint-Nectaire, qui donne de bons résultats en pareille circonstance.

Continuons. Prenons le même goutteux qui devient de moins en moins franc. Il n'a pas de déformation, mais, dans l'intervalle des accès de goutte, il présente des signes d'activité de la diathèse, du gonflement des jointures, des troubles cutanés, une quantité variable d'acide urique. Les stations indiquées sont alors Vittel, Contrexéville, Martigny, en les graduant de Vittel à Martigny. Si ces malades ont des réactions nerveuses accentuées, Evian est préférable.

Autre type de goutteux. Le goutteux à attaques moins franches, très prolongées, avec des urines diminuées, peu d'acide urique, sans tophus, sans résidu articulaire. Vous devez relever, ici, l'élimination d'acide urique. Tandis que Vichy, Vals, Pougues, s'adressent aux malades qui ont une grande élimination d'acide urique, les eaux des Vosges sont excitatrices de cette élimination et conviennent aux cas où elle est amoindrie .

Autre type : le goutteux qui, après les accès, garde un résidu, du gonflement douloureux des articulations (période prétophacée). Ici encore les eaux des Vosges sont préférables aux eaux fortes de Vichy, de Vals. Toutefois, dans bien des cas, vous vous trouverez admirablement d'une cure à Aulus, à Capvern.

Quand le malade devient un goutteux chronique avec déformations, la cure de boisson doit céder le pas à la cure externe. On aura recours à Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, si le sujet est excitable, à Bourbonne-les-Bains s'il l'est moins. On se guidera sur les réactions de l'état général. Il est quelquefois utile d'associer à la cure externe la cure de boisson, l'eau de Contrexéville, de Vittel, prise sur place. Lorsque le type est plus accentué encore, avec de gros résidus articulaires, on s'adressera aux bains de boues, de Dax, de Saint-Amand, ou, si le malade est excitable, à la cure d'Aix-les-Bains. Mais ici, on n'a plus à craindre la production d'une crise, qui ne peut qu'être avantageuse.

Il est des cas assez difficiles, ceux désignés sous le nom de rhumatisme goutteux ; on ne sait si c'est du rhumatisme ou de la goutte. Ils se manifestent par des douleurs articulaires, du torticolis, etc. Aix et Luchon les améliorent.

Si nous considérons maintenant les séquelles de la goutte, nous entrons dans toute la thérapeutique cardio-rénale. Aux premières périodes, Bourbon-Lancy diminuera la tension artérielle ; de même Royat. On n'a pas à redouter la production de petits accès ; s'ils surviennent, tant mieux. Envoyez à Royat, à Saint-Nectaire, les goutteux qui deviennent anémiques. Gubler n'hésitait pas à les adresser dans une station ferrugineuse et je l'ai fait également plusieurs fois. Cependant, on ne saurait considérer cela comme une règle absolue, la cure ferrugineuse devant être maniée alors avec ménagement

(*Leçon recueillie par* le Dr P. Lacroix).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Vitiligo et syphilis. — Maladie de Banti d'origine syphilitique. — Action des extraits hypophysaires chez les basedowiens. — Malformations congénitales du cœur. — L'autosérothérapie dans le traitement du rhume des foins. — Traitement de la variole. — Différents rôles du vomissement dans les divers complexus pathologiques. — Traitement de l'hydrocèle vaginale par la voie inguinale. — Corps étranger du cervelet. — Prolapsus complet de la muqueuse urétrale. — Héliothérapie. — Phlegmon de l'éminence Thénar. — Ostéomyélite du tibia. — Corps étranger de l'œil. — Constipation chronique.

MM. P. Merklen et A. Leblanc signalent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *vitiligo chez une femme syphilitique.*

Ces auteurs ont traité une malade atteinte de vitiligo généralisé avec signe d'Argyll-Robertson, indiquant une syphilis ayant frappé la peau et le système nerveux. S'il est excessif, disent-ils, d'attribuer au vitiligo une origine spécifique constante, il n'en demeure pas moins que la constatation de cette lésion cutanée oblige à la recherche de la syphilis.

— MM. Caussade et G. Lévi-Franckel rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* un cas de *maladie de Banti d'origine syphilitique.*

Banti a décrit, il y a vingt ans, une maladie portant son nom et caractérisée par une hypertrophie considérable de la rate avec anémie et lésions hépatiques consécutives. La splénomégalie commande ici les altérations sanguines. L'auteur italien considère l'affection comme une entité morbide, de cause ignorée, et justiciable, au point de vue thérapeutique, de la splénectomie.

MM. Caussade et Lévi-Franckel ont observé un sujet chez lequel l'ensemble symptomatique de Banti s'est développé du fait de la syphilis. La syphilis était prouvée par la réaction de Wassermann et les constatations de l'autopsie (lésions de l'aorte, sclérose spéciale de la rate). Le traitement mercuriel resta sans effet, en raison de l'ancienneté des altérations spléno-hépatiques.

M. Caussade conclut que le syndrome de Banti (terme qu'il préfère à celui de « maladie de Banti ») peut avoir une origine syphilitique. En pareil cas, le traitement spécifique peut être utile et efficace si on l'applique au début, à la période simplement splénomégalique de l'affection. Plus tard, quand le syndrome de Banti est constitué, le mercure et le salvarsan restent sans effet. La splénectomie seule, alors, sera parfois indiquée.

— MM. Henri Claude, Baudouin et Porak font à la *Société médicale des hôpitaux* une communication sur l'*action des extraits hypophysaires chez les basedowiens.*

On sait que chez l'individu normal, l'injection d'extrait hypophysaire provoque généralement un ensemble de phénomènes consistant en de la pâleur des téguments, des contractions intestinales, de la glycosurie et de l'accélération du pouls. Le sujet pâlit aussitôt après l'injection ; il a des nausées et va à la garde-robe ; on trouve dans son urine du sucre au bout d'une heure ou deux, et, enfin, son pouls s'élève à 90, 100, 110 pulsations.

MM. Claude, Baudouin et Porak ont étudié, comparativement, l'action de l'extrait hypophysaire chez les basedowiens. L'extrait hypophysaire employé était titré de telle sorte qu'un centim. cube du produit injectable équivalait à un demi-lobe postérieur d'hypophyse de bœuf. Les effets de l'injection d'extrait hypophysaire chez les basedowiens ont été semblables à ceux obtenus chez les sujets normaux, sauf pour ce qui concerne le système vasculaire. Les malades pâlissent ; les fibres musculaires lisses de l'intestin et de l'utérus se contractent, et le sucre apparaît dans l'urine. Mais, alors que le pouls, chez l'individu normal, va en s'accélérant de façon notable, chez le basedowien, au contraire, le pouls, accéléré avant l'épreuve, se ralentit après l'injection hypophysaire, et souvent dans des proportions considérables. Le maximum de ralentissement est rapidement atteint, quelquefois au bout de deux minutes, rarement après dix minutes.

M. Claude estime que cet abaissement du nombre des pulsations sous l'influence des injections d'hypophyse peut être considéré comme suffisamment constant pour constituer un *nouveau signe du goitre exophtalmique* (signe de l'hypophyse). Dans les états basedowiens frustes, par exemple, la recherche de ce signe offrira une réelle utilité en permettant de rapprocher de la maladie de Basedow certains cas et d'en éloigner d'autres cas.

Au point de vue thérapeutique, que peut-on obtenir de l'extrait hypophysaire dans la maladie de Basedow ? Cette substance a été préconisée par divers auteurs, et MM. Rénon et Delille, M. Parisot, M. Houssay en ont obtenu de bons résultats. M. Claude pense que l'hypophyse est susceptible d'exercer sur le goitre exophtalmique une action avantageuse. Toutefois, elle ne saurait que constituer un appoint au traitement et on l'emploiera plutôt dans les formes rebelles. On peut pratiquer, tous les trois jours, une injection d'extrait hypophysaire correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse de bœuf. M. Claude fait en moyenne dix injections, en surveillant attentivement le malade. L'extrait hypophysaire pouvant avoir sur le cœur une action déprimante sera évité chez les sujets qui offrent des traces d'albumine ou des signes de défaillance myocardique.

— MM. Letulle et Chaussé communiquent à la *Société médicale des hôpitaux* un travail sur les *malformations congénitales du cœur.*

Ces auteurs ont cherché des documents intéressants sur les malformations cardiaques dans la pathologie comparée. Ils relatent trois observations de malformations congénitales du cœur qu'ils ont pu

recueillir chez les animaux (veau, porc), et ils concluent ainsi :

La pathologie du cœur des animaux mammifères domestiqués par l'homme réalise des malformations identiques aux nôtres.

Leur origine est la même : elle ressortit aux infections aiguës.

Les affections congénitales du cœur de l'homme et de maints animaux ne sont que des séquelles d'une maladie infectieuse datant de la vie embryonnaire.

MM. Letulle et Chaussé prennent ainsi nettement parti dans la question discutée de la pathogénie des malformations congénitales du cœur.

— MM. Ch. Achard et Flandin rapportent à la *Société médicale des hôpitaux* deux cas de *rhume des foins traité avec succès par l'autosérothérapie sous-cutanée.*

Les deux malades ont bénéficié, de la façon la plus nette, du traitement. La méthode suivie a été la suivante : on prélève, par ponction veineuse, aseptiquement, 40 à 50 centimètres cubes de sang ; on laisse exsuder le sérum vingt-quatre heures à la glacière ou à la température du laboratoire ; on décante ce sérum et on l'injecte, sous la peau du bras, à des doses variant de deux gouttes à 2 centimètres cubes. Le premier malade reçut 4 injections, à quelques jours d'intervalle. Chez le second malade, une seule injection fut suffisante.

MM. Achard et Flandin se sont assurés que l'injection ne provoque pas de modification sanguine et elle leur paraît exempte d'inconvénient. Cette innocuité résulte à la fois de ce que le sérum provient du sujet lui-même, de ce qu'il est injecté à petites doses, et de ce qu'il est introduit sous la peau. On sait, au contraire, que des accidents plus ou moins sérieux peuvent être la conséquence de l'hétérosérothérapie et même de l'autosérothérapie quand elle est employée par voie veineuse et à des doses relativement fortes.

MM. Achard et Flandin ont eu d'ailleurs l'occasion d'utiliser l'autosérothérapie sous-cutanée dans d'autres cas de prurit, d'urticaire, d'œdème de Quincke.

M. Louis Martin rappelle que l'emploi systématique de la sérothérapie hérétogène, qui a été mise en œuvre chez les malades atteints d'asthme des foins, a déterminé souvent des accidents très graves. En Amérique, on a signalé plusieurs cas de mort. L'autosérothérapie est moins nuisible que la sérothérapie hétérogène. Mais il importe de savoir qu'il faut toujours pratiquer avec la plus grande prudence toute sérothérapie hétérogène, soit avec du sérum normal de cheval, soit avec des sérums spécifiques, lorsqu'on traite des asthmatiques ou des malades atteints de rhume des foins. P. L.

Société de médecine de Toulouse

— M. Mossé fait une communication sur le *traitement de la variole.* Il rapporte plusieurs observations de malades traités suivant la méthode de Ducaste associée à l'action de la lumière rouge, et en a obtenu d'excellents résultats, même dans des formes très graves de variole confluente

— M. Maurel présente une étude des *différents rôles du vomissement dans les divers complexus pathologiques.* Il résume rapidement les divers moyens qu'emploie l'organisme pour lutter contre les causes morbides, et, s'appuyant sur des faits cliniques et expérimentaux, il montre que le vomissement, selon les cas, peut relever de la cause morbide d'une manière directe ou indirecte, ou n'être qu'un moyen de défense de l'organisme. Il termine en insistant sur l'importance qu'il y a à préciser dans chaque cas clinique le rôle du vomissement pour le combattre, s'il relève de la cause morbide, ou pour le respecter s'il institue un moyen de défense de l'organisme.

— M. Tourneux fait une communication sur le *traitement de l'hydrocèle vaginale par la voie inguinale* (méthode de Gomain-Phocas). Après avoir montré les mauvais résultats fournis par les ponctions suivies d'injection modificatrice, il insiste sur les désavantages que présente la voie scrotale : mauvaise asepsie, vulnérabilité du tégument, ponctions d'hématomes, occlusion incomplète de la plaie, voisinage septique, qui constituent autant de conditions déplorables pour une intervention. Il préconise, au contraire, l'emploi de la voie inguinale, qu'il a eu l'occasion de pratiquer un certain nombre de fois, et qui ne présente aucun des dangers de la voie scrotale

Société de chirurgie de Toulouse.

— M. Chamayou communique un cas de *corps étranger du cervelet* (balle de revolver) observé chez une jeune femme présentant un ensemble de troubles organiques et de troubles névropathiques. La radiographie ayant permis de repérer nettement le projectile, on pratiqua un volet temporo-pariétal, et on put extraire le projectile situé à 4 cent. de profondeur près de la face postérieure du rocher.

Les suites opératoires ont eté excellentes, et la malade a vu disparaître rapidement tous les symptômes morbides qu'elle présentait.

—MM. Tourneux et Ginisty rapportent un cas de *prolapsus de la muqueuse urétrale* survenu chez une femme de 64 ans, sans aucune cause appréciable. Il s'agissait d'une tumeur du volume d'une grosse cerise présentant en son centre un orifice donnant issue à l'urine, absolument irréductible. L'ablation de cette petite tumeur suivie de la suture de la muqueuse urétrale à celle du méat amena une guérison complète.

— M. Ducuing fait une communication sur l'*héliothérapie* ; il en étudie le mécanisme et montre qu'elle agit à la fois sur l'état général et sur l'état local. Il a pu suivre dans le service du Dr d'Œlsnitz (de Nice) un certain nombre de malades et a vu les excellents résultats produits par cette thérapeutique.

Société anatomo-clinique de Toulouse

— MM. Tourneux et Villemur rapportent un cas de *phlegmon de l'éminence Thénar* survenu chez un homme d'une cinquantaine d'années à la suite d'excoriations de la face palmaire. Il s'agissait non d'un phlegmon des gaines, mais bien d'un phlegmon d'origine lymphangitique comme le prétendait Dolbeau et venu se collecter dans la loge ostéo-fibreuse s'étendant du premier au deuxième métacarpien, entre le premier muscle interosseux et l'adducteur du pouce. Le débridement commissural permettant seul d'éviter la section des muscles et des filets nerveux, en donnant jour à la collection septique, a amené un excellent résultat.

— MM. Tourneux et Villemur communiquent une observation d'*ostéomyélite du tibia* compliquée d'arthrite purulente du genou et du cou-de-pied. Le malade, amené dans un état des plus précaires, continua à présenter des accidents infectieux malgré une double arthrotomie et une ostéotomie tibiale. L'amputation de la main put seule faire disparaître les symptômes d'intoxication grave qui pouvaient faire redouter des complications générales.

— M. de Saint-Martin présente un *cas de corps étranger de l'œil.* Le malade avait reçu dans l'œil gauche un fragment d'acier du poids de 80 milligrammes. Le corps étranger a pu être facilement retiré par l'emploi de l'électro-aimant. L'auteur fait suivre sa communication de remarques fort intéressantes sur la technique à suivre en pareil cas, sur l'avenir de l'œil de ces malades et sur les conséquences médico-légales qui peuvent en résulter.

— MM. Marie et Rémond rapportent une observation concernant une jeune fille atteinte de *constipation chronique* contre laquelle ont échoué tous les moyens thérapeutiques. La radiographie montre une disposition de l'intestin en forme de trombone et rend évidente la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Petite correspondance de médecine pratique

I

Le diabétographe.

Le diabète sucré est une maladie courante. Il n'est guère de médecins actifs qui n'en aient un ou plusieurs cas dans leur clientèle.

Pour en suivre et surveiller les progrès, une analyse fréquente des urines est nécessaire.

Pour faire cette analyse avec fruit, un instrument de mesure est indispensable. Quand on voit un malade accidentellement, on décèle la présence du sucre avec quelques pastilles de potasse caustique ou un peu de liqueur de Fehling. C'est l'analyse qualitative. Cela suffit, on établit ainsi le diagnostic.

Mais quand on doit donner à un diabétique des soins assidus et prolongés, l'analyse quantitative s'impose, car seule elle peut donner des notions utiles et éclairer le médecin sur le pronostic.

Le dosage est donc de rigueur. Cependant, certains se contentent d'une approximation relative. Les uns déterminent à différentes reprises la densité de l'urine et concluent, du plus ou moins, à l'aggravation ou à l'atténuation de la maladie : ce n'est pas un dosage ; c'est une appréciation.

Les autres, suivant le conseil de Bouchardat, multiplient les décimales de la densité par deux, puis par le nombre de litres ou fraction de litres. Le résultat obtenu donne le sucre de 24 heures, en diminuant de 50 à 60 grammes, s'il y a polyurie.

D'autres ont recours à des appareils à facettes ou autres équivalents, qui peuvent rendre des services, mais n'offrent pas une précision rigoureuse.

Trois procédés ont une valeur scientifique incontestée pour effectuer l'analyse quantitative, fixer le dosage mathématique et résoudre l'équation personnelle d'un diabétique.

Ce sont : la fermentation, le polarimètre et la liqueur de Fehling titrée. Je ne parlerai de la fermentation que pour la citer ; car il faut une étuve et les médecins n'en ont pas. C'est un procédé de laboratoire. Le polarimètre est excellent, mais il est dispendieux et d'une application délicate. Au début de ma carrière médicale, dans mon enthousiasme de jeune praticien, je m'étais rendu acquéreur d'un saccharimètre. Je m'en servis pendant un ou deux mois ; il fallait une chambre noire ; le montage était un peu long, la mise au point difficile ; il fallait trop de temps et je n'en avais guère. Je dus y renoncer. Le polarimètre a été perfectionné, mais il ne rend de bons services que dans les grandes pharmacies des villes d'eaux comme Vichy, où l'on fait presque chaque jour de nombreuses analyses d'urine de diabétiques.

Le dosage par la liqueur de Fehling titrée est le plus simple, le plus rapide et le plus pratique. On a généralement recours à une burette graduée en dixièmes de centimètre cube, comme la burette de Mohr. On sait qu'il faut 0 gr. 05 de glycose pour réduire dix centimètres cubes de liqueur de Fehling.

D'après le nombre de cent. cubes d'urine nécessaire pour la réduction, on détermine par un calcul la quantité de sucre contenue dans un litre d'urine.

Il existe un instrument qui permet d'arriver au résultat cherché dans des conditions excellen-

tes, avec une précision parfaite et sans le moindre calcul.

Cet instrument est le *diabétographe*, ainsi nommé parce qu'il donne par écrit, automatiquement, la quantité de sucre contenue dans une urine diabétique. Il consiste en un petit tube de vingt à vingt-cinq centimètres de longueur, terminé d'un côté par une extrémité évasée, un pavillon, pour recevoir l'urine, de l'autre par une extrémité effilée commandée par un robinet.

Sur ce tube, dans toute sa hauteur, sont gravés des chiffres inégalement espacés et accompagnés de traits divisionnaires.

Pour en faire usage, on le remplit de l'urine à analyser, depuis la pointe jusqu'au 0.

On chauffe d'autre part, dans un petit ballon, deux centimètres cubes de liqueur de Fehling étendue de cinq à six fois son volume d'eau.

Quand le réactif est en ébullition, on y verse goutte à goutte, demi ou quart de goutte, en tournant avec précaution le robinet, l'urine contenue dans l'instrument.

La réaction obtenue, on n'a qu'à lire sur l'échelle graduée du tube. Le chiffre où s'est arrêtée l'urine, indique la quantité de sucre renfermée dans un litre d'urine.

Le diabétographe est établi sur des données exclusivement mathématiques.

Les résultats qu'il donne ont donc un caractère de précision scientifique.

Un essai au diabétographe ne demande guère plus de cinq minutes.

La dose de réactif nécessaire est minime : deux centimètres cubes et même moins quand la dose de sucre n'atteint pas 2 gr. 50 par litre.

Le diabétographe a été présenté à l'Académie, qui en a conservé le modèle dans ses archives.

Il a été admis et a figuré dans la section de l'enseignement supérieur à la dernière exposition.

Pour compléter l'énumération des titres qui peuvent attirer sur ce petit appareil la faveur du corps médical, j'ajouterai que son emploi est une véritable distraction, un agréable passe-temps.

On pourrait presque en dire ce qu'un vieil anatomiste célèbre disait du microscope : *solatium medicorum.*

H. Coulhon,
de Montluçon,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

Ascaridiose.

Qui de nous n'a remarqué que l'administration à jeun du paquet suivant

Calomel	0 gr. 10
Santonine..................	0 gr. 02 à 0 gr. 05
Lactose	1 gr.

(Pour un petit enfant).

n'était suivie, bien des fois, d'aucun effet, dans des cas d'acaridiose indiscutée ? Le jour même, pas de selle supplémentaire ; le lendemain ou les jours suivants, pas d'ascaris libérés.

Pour expliquer ce phénomène, il faut se souvenir :

1° Que les vermifuges (santonine) paralysent seulement les ascaris.

2° Que les effets laxatifs ou purgatifs du calomel, qui doit chasser le ver engourdi, sont très variables.

En considération de ces faits, j'ai été amené à donner le paquet ci-dessus, le soir assez tard, et le lendemain matin, de bonne heure, une dose suffisante d'huile de ricin.

Je n'ai eu qu'à me louer de cette pratique, souvent répétée.

Aussi je pense que les accidents imputés à l'administration simultanée, ou presque, de santonine et d'huile de ricin, seraient arrivés aussi sûrement après une simple prise de santonine.

Je crois, en outre, que la santonine ou le semen contra, donnés seuls, n'ont d'effet libérateur que si l'enfant est dérangé par un peu de diarrhée.

Dr Perdrigé (de Nice).

III

Mode d'action de l'iodure de potassium.

Lorsqu'on envisage, en physiologiste, en clinicien ou en thérapeute, les causes qui influent sur la circulation du sang et modifient la pression artérielle, on pense tout naturellement au rôle du cœur, organe d'impulsion, au rôle des vaisseaux, dont le calibre plus ou moins large permet au sang un passage plus ou moins facile, au rôle du système nerveux, qui agit puissamment sur le cœur, et le réseau vasculaire.

On n'attribuait peut-être pas jusqu'ici une suffisante importance aux qualités physiques du liquide circulant lui-même, et surtout à son degré de viscosité. Or, il est clair qu'une solution plus ou moins visqueuse éprouvera à circuler dans des tubes étroits une difficulté plus ou moins considérable ; de même pour le sang.

Les iodures, dont on connaît les effets hypotenseurs dans l'artério-sclérose, semblent agir surtout en diminuant la viscosité du sang.

Jusqu'à ces dernières années, d'autres théories avaient cours. Les uns n'étaient pas loin de penser que les iodures favorisent la résorption des produits pathologiques. D'autres admettaient, avec Huchard, que ces sels amènent la dilatation des petits vaisseaux, diminuent la pression sanguine et réalisent ainsi une meilleure irrigation des tissus. D'autres encore faisaient intervenir une amélioration de ces derniers en créant une

◆◆◆

action indirecte sur les vaisseaux par emmagasinement d'iode dans la glande thyroïde.

Des expériences concluantes ont été faites, d'abord sur des individus bien portants, ensuite sur des artério-scléreux. On commençait par déterminer la viscosité du sang, c'est-à-dire la valeur du coefficient de frottement interne du sang, et cette viscosité était de nouveau déterminée quinze jours plus tard, pendant lesquels les individus en expérience prenaient 1 gr. 50 d'iodure de potassium en trois fois. Pendant cette période, ils ne changeaient rien à leurs habitudes, ni à leur régime, si ce n'est qu'ils s'astreignaient à ne pas prendre d'aliments ou de boissons acides et à ne pas boire de trop grandes quantités de bière.

L'examen du sang au point de vue de sa viscosité, fait après quinze jours d'iodure de potassium, montre que cet agent produit assez régulièrement une diminution de la viscosité du sang.

Mais quel est le mécanisme de cette action ? On n'a pu l'établir, d'autant moins que la viscosité du sérum seul n'est pas influencée de la même façon et que souvent même elle augmente tandis que celle du sang en totalité diminue. Les globules rouges ne paraissent pas non plus influencés par l'iodure de potassium, si bien qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas là d'une action spéciale sur les éléments fibrinogènes.

En tout cas, un fait bien établi, c'est que la diminution de la viscosité du sang marche de pair avec une augmentation de la vitesse de circulation dans les capillaires. C'est ainsi qu'en se servant de tubes capillaires en verre, on a constaté qu'avec une diminution de la viscosité de 8,3 p. 100, un centimètre cube de sang met quatre secondes de moins à traverser le tube capillaire (quarante-cinq secondes au lieu de quarante-neuf).

Quelles conclusions tirer de ces faits, au point de vue des indications et contre-indications thérapeutiques de l'iodure de potassium ?

Le seul effet de l'iodure de potassium consistant à améliorer les conditions de la circulation capillaire par une diminution de la viscosité du sang, on est autorisé à en conclure que ce sel est impuissant à influencer les lésions franchement constituées telles qu'on les trouve dans la néphrite interstitielle, la myocardite scléreuse ou le ramollissement cérébral.

Tout au contraire, on s'explique que l'iodure de potassium agisse d'une façon très remarquable dans les syndromes déterminés plutôt par des troubles circulatoires, notamment au début de l'artério-sclérose, dans certaines formes qui, cliniquement, se manifestent comme une neurasthénie ou toute autre psychose (sclérose commençante des artères du cerveau), dans l'angine de poitrine légère ou d'intensité moyenne, dans la claudication intermittente, dans la dyspnée provoquée par des mouvements ou des exercices peu fatigants, etc.

La diminution de la viscosité du sang explique également les cas dans lesquels l'iodure de potassium fait plus de mal que de bien. Je citerai comme tels la néphrite interstitielle avec myocardite scléreuse et œdème urémique du poumon, la maladie de Basedow avec sclérose cardiaque, le goitre avec phénomènes morbides du côté du cœur.

Quant à la posologie de l'iodure de potassium, j'estime que les petites doses (1 gr. 50 par jour, en trois fois), continuées pendant longtemps, suffisent à l'effet thérapeutique que l'on recherche. Ces doses sont généralement bien supportées et ne provoquent pas de troubles digestifs, à la condition que les malades prennent en même temps des alcalins et s'abstiennent des aliments et des boissons acides.

Dr Satre (Grenoble).

MÉDECINE PRATIQUE

A propos de la fièvre typhoïde.

Nos lecteurs ont apprécié tout l'intérêt de l'article de notre distingué confrère Kolbé, sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde, qui a paru dans ces colonnes il y a quelques semaines.

Quel que soit le sérum employé, il semble, à en croire les deux principaux promoteurs de la méthode, Chantemesse et Vincent, que les inconvénients en sont à peu près illusoires, lorsqu'elle est appliquée opportunément, mais que, par contre, ses avantages ne font aucun doute. Il s'agit plus particulièrement de son utilisation dans un but de prophylaxie.

Les hasards d'un stage militaire nous ont fourni l'occasion de prendre part temporairement à la vaccination d'un certain nombre de jeunes soldats. De ce que nous avons constaté nous-même, ainsi que de ce qui nous a été dit par nos confrères de l'armée, les accidents immédiats sont pour ainsi dire nuls et insignifiants. A la condition qu'ils se reposent dans les 48 heures de l'injection et qu'ils ne prennent aucune boisson fermentée ou alcoolique, le plupart des sujets ne se plaignent que d'une douleur, parfaitement supportable d'ailleurs, dans l'épaule et dans le bras. Cette douleur paraît liée au choix du lieu de piqûre, vers l'angle de l'omoplate. Les poussées thermiques, toujours fugaces, ont été l'extrême rareté.

La vaccinothérapie anti-typhoïdique constituerait donc un procédé des plus recommandables. On peut toutefois se demander s'il était

indispensable d'en décréter l'obligation pour les hommes de troupe avec une hâte aussi grande que celle que le Parlement a mise à forger la loi qui la rend obligatoire. On peut se demander aussi, sans risquer de passer pour un esprit rétrograde et ennemi du progrès, s'il n'eût pas été sage d'attendre l'épreuve du temps, et de se borner à mettre cette pratique à la disposition des volontaires, quitte à l'imposer, ainsi que le préconisait Granjux, aux militaires qui demandent à aller au Maroc. Si peu de risques en effet que fasse courir aux vaccinés l'introduction de ces solutions microbiennes dans leur organisme, il suffit qu'il en existe pour appeler la circonspection, surtout qu'on ignore, ou à peu près, quelle est la durée moyenne de l'immunité ainsi acquise, et quels sont les risques d'une sensibilisation susceptible de donner lieu, ultérieurement, à des accidents d'anaphylaxie sérique. Et lorsqu'on voit, de nos jours, que la vaccination jennérienne est encore en butte à certaines attaques et à certaines oppositions, alors qu'elle a fait ses preuves, on ne saurait s'étonner que Chantemesse et Vincent ne comptent pas que des partisans, et on se trouve tout naturellement porté à comprendre le geste du personnel infirmier de l'Assistance publique parisienne, se refusant énergiquement à subir d'autorité la vaccination anti-typhoïdique.

Encore une fois, il manque à la méthode un facteur de haute importance, le temps. Laissons-le prudemment faire son œuvre et apporter son enseignement, avant de formuler des jugements définitifs, tout en nous réjouissant d'avoir à enregistrer les efforts patients de chercheurs éminents qui s'engagent dans une voie féconde en promesses.

***

Quoi qu'il en soit, et pour diminué que soit le pourcentage des cas de fièvre typhoïde dans les milieux vaccinés préventivement, les médecins continueront sans doute longtemps encore à observer et à soigner des infections éberthiennes. Il est donc toujours d'actualité de préciser et de perfectionner la thérapeutique classique de cette maladie. Bien que la balnéation froide constitue l'élément principal de cette thérapeutique, il peut être indiqué de recourir aux antipyrétiques dans certaines circonstances déterminées, par exemple, lorsque l'organisme hyperthermique ne réagit pas aux bains. Tel est du moins l'opinion du professeur A. Robin. Cet auteur, considérant que la fièvre représente une réaction de défense, estime qu'elle ne doit être directement traitée que si elle se prolonge ou si elle est trop intense. On laissera de côté la quinine, l'acide phénique, l'antipyrine, qui ne donnent que de médiocres résultats antithermiques, en comparaison des accidents de dépression, d'atonie qu'ils provoquent, pour donner la préférence au pyramidon. Le pyramidon est un stimulant hépatique, biliaire et glycogénique ; c'est aussi un diurétique et un oxydant des matériaux azotés. A la dose de 0,30 le matin, répétée successivement trois fois au plus, il amène un abaissement notable de la température, qui peut être avantageusement recherché lorsque les bains froids paraissent sans effet, ou que la défervescence se fait par grandes oscillations prolongées.

Au dire encore du professeur A. Robin, les purgatifs ont, dans le cours de la fièvre typhoïde, des indications précises, par exemple, chez les typhiques constipés d'habitude ou d'occasion, surtout si la constipation s'accompagne de fièvre dans la convalescence. On prescrira le sulfate de soude à la dose de 10 à 20 grammes par jour.

Quant à la diarrhée, si elle n'est pas trop abondante, on la respectera comme un bon exutoire.

***

Ces détails du traitement de la fièvre typhoïde sont intéressants à rappeler. Il y aurait encore beaucoup à dire sur l'hygiène et sur la diététique des typhoïsants. Bornons-nous à mettre en parallèle avec la balnéation externe, réalisée par les bains froids, la balnéation interne que constituent les boissons abondamment prescrites pour favoriser la diurèse et les éliminations.

On conseillera les orangeades, les citronnades, la limonade vineuse, qui sont généralement bien acceptées par les malades. On pourra aussi abreuver copieusement ceux-ci avec des infusions légères de thé, aromatisées avec du rhum de bonne qualité, des infusions de tilleul, de menthe, de verveine, etc.

Mais par-dessus tout, on se souviendra des avantages précieux qu'offre, dans tous les cas de maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde, la Reine de Vals, dont les bienfaits s'étendent à tous les étages du tube digestif.

Eau alcaline faiblement minéralisée (3 gr. 27), fortement gazeuse, elle tempère merveilleusement la torturante sensation de sécheresse qu'éprouvent dans la bouche et dans la gorge les malheureux fébricitants. Parvenue dans l'estomac, elle stimule les sécrétions gastriques et favorise ainsi la digestion des aliments permis dans le cours de l'affection. Dans l'intestin, elle neutralise l'acidité pathologique du milieu et entrave dans une certaine mesure les pullulations microbiennes. Enfin, elle passe dans le torrent circulatoire où, après avoir effectué une sorte de lavage du sang, elle parvient jusqu'au rein, dont elle ouvre largement les zones filtrantes.

Si nous ajoutons que la Reine de Vals peut être consommée impunément, sans limite de durée ni de quantité, aussi bien par les enfants, même les

plus petits, que par les adultes, nous en aurons suffisamment dit pour marquer d'une façon élective la place de la Reine de Vals dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde

Dr E. D. GASTON.

A TRAVERS LA PRESSE ET LES PUBLICATIONS MÉDICALES

Thermométrie clinique.

De nos jours, la température des malades est un élément puissant de renseignement clinique. Il importe donc de la prendre dans des conditions telles que son exactitude ne puisse pas être mise en doute.

Or, si nous en croyons M. SCHOULL, dans le *Journal des Praticiens*, le rectum, le vagin, la cavité buccale, l'aisselle sont des régions qui comportent des causes d'erreur très appréciables.

Dans le rectum, il suffit qu'il existe localement une inflammation limitée, poussée hémorroïdaire, congestion due à la constipation, entérite, pour que le thermomètre accuse des ascensions complètement en désaccord avec la véritable température du sujet. Dans la bouche, le maintien de l'instrument est assez difficile. En outre, la cavité buccale est traversée par des courants d'air qui peuvent fausser le résultat de la recherche. Enfin, dans l'aisselle, on est exposé également à des erreurs causées par l'humidité locale, certaines petites inflammations de la peau ou des glandes, par des secousses imprimées subrepticement au thermomètre.

La voie vaginale offre les mêmes causes d'erreurs que le rectum. De plus, elle n'est pas toujours utilisable, par exemple chez les fillettes, pendant les époques cataméniales, dans le post-partum, etc.

Pour toutes ces raisons, l'auteur préfère le pli inguinal. La température prise dans cette région, supérieure à la température axillaire de 2 à 3 dixièmes, est d'une régularité qui ne se dément jamais ; elle se prend avec facilité, n'exige aucun effort pour le maintien de l'instrument et est fort bien acceptée.

A ce propos, l'auteur rappelle avec raison que l'apyrexie comporte des températures qui ne dépassent pas, dans l'aisselle, 36°4 le matin et 36°9 le soir. Une température de 37° le matin indiquerait déjà de la fièvre.

BIBLIOGRAPHIE

Le nu au théâtre depuis l'antiquité, par les Drs L. NASS et G. J. WITKOWSKI. Nouvelle édition ornée de 123 illustrations. (Le François édit., Paris, 1914.)

Le nu paraît triompher au théâtre à notre époque. De temps à autre, un accès de pudibonderie provoque des poursuites. Dans quel but ? Est-ce pour protéger la vertu de gens qui payent fort cher pour aller contempler des nudités ou entendre des obscénités ? Ne savent-ils pas quel spectacle les attend ? Avant de s'occuper de l'assainissement des music halls, la police ne devrait-elle pas s'ingénier à obtenir la propreté morale de la rue, où les femmes et les enfants sont trop souvent témoins de scènes qu'ils n'ont pas recherchées ? C'est un peu ce que pensent avec nous nos confrères Lucien Nass et G. J. Witkowski qui viennent de publier une nouvelle édition de leur beau livre : le *Nu au théâtre*, la première étant depuis longtemps épuisée.

Le but des auteurs est de montrer que le nu n'est pas l'obscène et que de tous temps, au théâtre, l'on rechercha à obtenir par le nu des effets artistiques. Le livre parfaitement édité est orné de 123 illustrations des plus intéressantes et est remarquablement documenté. Tous les chercheurs et les curieux le liront avec plaisir.

Singuliers préjugés que ceux de notre morale ! L'on admet sans scandale le nu en statuaire et en peinture ; l'on se moque de la pudibonderie de ces conservateurs de musées étrangers qui revêtent de feuilles de vignes les plus nobles statues antiques ; l'on se révolte en songeant que le pape Paul IV osa faire habiller par le Volterrau plusieurs personnages du jugement dernier de Michel-Ange et que Clément XII, deux siècles plus tard, consomma ce sacrilège artistique en achevant de faire accoutrer par Stéfano Pozzi les puissantes nudités de ce chef-d'œuvre. Puis l'on crie au scandale quand un impresario ose mettre sur la scène une belle fille dont la nudité est infiniment plus chaste que les déshabillés galants de la plupart des perruches qui assistent au spectacle et s'en indignent. Aussi nous répéterons avec les Drs Nass et Witkowski le vers de Musset qu'ils écrivirent en tête de la préface de leur première édition .

Tout est nu ur la terre hormis l'hypocrisie.

Et nous souhaitons le plus gran succès au livre sur le *Nu au théâtre*.

J. NOIR.

CORRESPONDANCE

Le vêtement, l'équipement, l'armement du médecin militaire en campagne.

Le *vêtement* : Monté, le médecin militaire aura avantage à porter une *culotte de cheval*, avec des *bottes*, des *fausses bottes*, des *leggins*, ou mieux, des *bandes molletières*, qui maintiennent bien le mollet, et assurent son adhérence avec la selle et le cheval.

Non monté, il n'en adoptera pas moins la culotte, avec houzeaux ou bandes molletières.

Comme *chaussures*, à défaut de *bottes*, des *brodequins solides*, mais ayant été déjà portés, de manière à ce qu'ils soient bien brisés.

Une *vareuse* de campagne nouveau modèle à pli en drap bleu de soldat est indispensable. Il en est de même du nouveau *manteau à pèlerine* du même drap. Une pèlerine en drap ou en caoutchouc paraît également utile.

Le *képi*, du modèle réglementaire, sera demi-rigide, ou mieux mou, du type dit *foulard*. Le *bonnet de police* est la coiffure de repos au cantonnement.

Les sous-vêtements, à volonté. Nous conseillons cependant pour les chemises, de préférer à la toile ou à la flanelle, le tissu cellular, ou mi-laine, mi-coton.

Comme vêtements de rechange, dans la *cantine à bagages* obligatoire, on emportera : 1 pantalon ; 1 tunique ou vareuse ; 1 paire de chaussures ; 4 paires de chaussettes ; 3 chemises ; 6 mouchoirs ; 3 serviettes ; 1 képi ; 3 caleçons ; 3 gilets de corps ; objets de toilette ; papier, enveloppes, écritoire. On pourra avantageusement ajouter, si la place et le poids le permettent, quelques morceaux de sucre, du chocolat une ou deux boîtes de sardines, des biscuits.

Le poids total de la cantine doit être de 14 kilogrammes environ.

L'*équipement* : une épée de médecin, avec un cache-fourreau en toile cachou, et un revolver, dans son étui.

L'*armement* : une *sacoche médicale* suspendue au ceinturon du côté gauche et contenant la trousse réglementaire, un nécessaire pour injections hypodermiques, deux paquets de pansement, une bande hémostatique, etc., et, en outre, de la teinture d'iode ou des comprimés iodés permettant d'en fabriquer, et un bloc-notes avec un crayon copiant.

Un *porte-carte* et une *jumelle de campagne* sont nécessaires aux médecins affectés à un corps de troupe ou à une ambulance.

Tout officier qui, rendu au centre de mobilisation que lui assigne son ordre de mobilisation (ordre rose, confidentiel), n'aurait ni manteau, ni revolver, ni épée, se verrait dans l'obligation de s'en munir immédiatement à titre remboursable. Comme manteau, il recevrait une capote d'infanterie (35 fr.) ; le revolver d'ordonnance est également fourni contre pareille somme de 35 francs. En guise d'épée, il rece-

vrait l'ancien sabre d'infanterie, porté actuellement par les sergents-majors et les adjudants.

L'indemnité d'entrée en campagne est de 500 francs pour les aides-majors, de 700 fr. pour les médecins-majors de 2e classe, et de 1.000 francs pour les médecins-majors de 1re classe.

Les médecins montés, qui ne possèdent pas d'harnachement, touchent, en outre, une première mise de harnachement.

Tout officier monté fera bien d'emporter sur sa selle, outre son manteau roulé sur le troussequin, dans une des fontes : 2 mouchoirs, 1 paire de chaussettes ; 1 serviette ; 1 chemise ; 1 caleçon ; 1 savon ; 1 trousse avec fil, aiguilles et boutons, et il n'oubliera pas de se munir *toujours* d'un repas froid

Tels sont les conseils que nous donnons à nos confrères du service auxiliaire, aux heures particulièrement critiques que nous traversons, en souhaitant cependant qu'ils puissent demeurer pour eux lettre morte.

Il faut que le médecin des gendarmes se fasse honorer.

A propos de votre article : « *il faut que le médecin des gendarmes se fasse honorer* », je constate que vous n'avez pas indiqué le véritable motif de la gratuité des soins donnés aux gendarmes. Les médecins soignent gratuitement la maréchaussée, quelquefois pour obtenir des mentions honorables, médailles, rubans, croix, etc., mais presque toujours afin de s'assurer l'impunité lorsqu'ils violent les règlements de police (ce qui est d'ailleurs fréquent) pour excès de vitesse, non éclairage des véhicules, stationnement prolongé dans les rues. Voilà l'état d'esprit que j'ai constaté chez mes confrères de la région et ce qui m'a même été opposé dans une réunion syndicale quand je proposais la suppression absolue des soins gratuits aux gendarmes.

Ne trouvez-vous pas que cette mentalité, en même temps qu'elle est enfantine, traduit un manque de dignité ?

Allons, confrères, faites comme moi, sachez modérer votre allure dans les agglomérations, éclairez vos lanternes la nuit et faites payer les gendarmes au tarif ordinaire ; ils nous honoreront doublement, en payant nos soins, et en nous saluant très respectueusement du plus loin qu'ils nous aperçoivent.

Dr G. P.

Réponse.

C'est un point de vue très particulier que vous envisagez. Nous ne croyons pas, en toute sincérité, qu'il mérite d'être aussi généralisé que vous le pensez.

Hélas ! Le médecin n'est pas capable, dans l'ensemble, d'un machiavélisme aussi raffiné, d'un machiavélisme qui suppose un souci sérieux de la prévoyance ! Or, il y a des prévoyants dans le Corps médical, mais combien encore en minorité !

Autrement, toutes nos œuvres de prévoyance : La *Mutualité Familiale*, le *Sou médical*, etc., engloberaient la quasi-totalité des praticiens. Nous sommes pourtant loin de compte !

Délai pour convocation pour une période militaire.

Voudriez-vous me donner le plus tôt possible les renseignements suivants :

Les premiers jours de juin, j'ai reçu du Ne corps une lettre m'informant que je serais probablement et vraisemblablement convoqué pour accomplir une période à partir du 30 juillet, au ...e d'infanterie.

Je reçois aujourd'hui une convocation ferme pour cette date. La 1re lettre est-elle suffisante pour assurer le temps de deux mois avant la date de convocation ou ce délai de deux mois part-il de la convocation ferme ?

Dr L.

Réponse.

Votre convocation est régulière. La première lettre correspondait à l'avertissement de convocation, prévu par l'art. 46. Vol. 72. *Bull. off.*, page 431.

Médecins sanitaires maritimes et secret professionnel.

Rio de Janeiro, 26 juin 1914.

Dans le no 5 du Journal (page 193) je lis que :

« Les médecins sanitaires maritimes sont des « fonctionnaires et que le secret professionnel n'existe pas pour eux dans leurs rapports avec l'Administration de la Marine. »

Notre confrère est bien mal renseigné. L'administration de la marine n'a rien à faire avec nous, *car nous ne dépendons pas d'elle.*

Tout ce qu'elle nous demande, *alors qu'elle l'exige du capitaine*, c'est, en cas d'accident, maladie ou décès en cours de navigation, un certificat médical ayant pour but de sauvegarder les intérêts de l'ayant droit vis-à-vis des Caisses diverses qu'elle administre.

Nous constatons donc (comme le fait un autre confrère à l'occasion d'un accident du travail) avec cette différence que *nous ne touchons pas un sou.*

Nous sommes libres de mettre ce que notre conscience nous dicte et personne n'a rien à nous imposer.

Nos autres obligations générales dépendent du Ministre de l'Intérieur que l'Administration de la Santé des ports représente.

D'après la loi de 1822 et les autres décrets rendus depuis, nous sommes obligés de déclarer : la peste, la fièvre jaune et le choléra.

Nous déclarons cependant toutes les autres maladies et ce qui concerne la Santé générale du bord (sans nommer personne) afin d'éviter des ennuis à nos armateurs et, par ricochet, à nous-mêmes.

Nous ne faisons partie d'aucun service public.

Pas une administration ne nous paie, par conséquent ne peut rien exiger de nous, en dehors des prescriptions de la loi.

Nous ne sommes rien à bord, où il y a *le capitaine*, ni à terre, où se trouve *la Santé*.

Nous n'avons même pas le droit de prescrire les mesures d'urgence.

En réalité, nous défendons des armateurs qui nous paient.

La loi nous imposant (dans certains cas), ils nous demandent, moyennant le modeste traitement qu'ils nous versent, de soigner leurs passagers et surtout de leur éviter autant que possible les diverses fantaisies coûteuses que les administrations sanitaires inventent sous prétexte d'hygiène et font presque toujours exécuter par des incompétences qu'elles paient.

Engagés au voyage, débarqués quand il plaît à ceux qui nous paient, *nous sommes des fonctionnaires bien extraordinaires* !

Sauf dans une grande Cie (les Messageries maritimes), nous n'avons comme égards que ceux que la peur de la mort ou les douleurs de la maladie inspirent aux patients.

Ni protégés, ni payés par une administration nationale, nous sommes à la merci de la Santé qui peut nous créer des ennuis en s'adressant aux armateurs.

Alors ! Nous sommes des fonctionnaires !

Mais ma lettre est déjà trop longue, j'exprime le regret que l'auteur de l'étude sociale sur le « rôle du médecin » soit si mal documenté et ait oublié de lire l'Agenda du *Concours* 1911, page 31.

Il y aurait trouvé quelques renseignements exacts, concernant les sanitaires maritimes.

Dr L.

Abonné et lecteur du *Concours médical*.

Réponse.

Nous remercions notre distingué correspondant de son intéressante communication ainsi que des documents qu'il y a joints et que nous avons classés dans nos Archives pour nous en servir, le cas échéant.

INFORMATIONS ET ACTUALITÉS

Traitement de la recto-colite sèche d'origine amibienne par le chlorhydrate d'émétine. — Il s'agit d'anciens dysentériques, présentant une constipation rebelle, de la pesanteur abdominale et lombaire, de l'amaigrissement et de l'asthénie ; dans les matières ou le mucus sanglant, des amibes ou des kystes amibiens.

Qu'on trouve ou non réunis tous ces signes — notamment les amibes — si l'on suspecte une dysenterie ancienne chez un colonial porteur d'un syndrome simulant l'entéro-colite muco-membraneuse banale, on pratique une série de 5 injections de huit centigrammes de chlorhydrate d'émétine : avec une rapidité surprenante, tous les symptômes s'amendent. Il est bon de renouveler cette série à plusieurs reprises.

Ch. FLANDIN.

(*Soc. médic. hôpit.*).

Traitement de la variole par le nucléinate de soude. — On injecte, sous la peau, 1 à 3 grammes aux adultes, 1 gramme aux enfants, de nucléinate de soude en solution à 15 p. 100. Cette dose quotidienne est continuée jusqu'au début de la période de dessiccation.

Les résultats, sont : avant tout, suppression de la suppuration des vésicules et absence ou insignifiance des cicatrices après la chute des croûtes : et aussi, abaissement, et abréviation de la courbe thermique. diminution considérable de la fréquence des complications et de la mortalité.

N. S. FGDOTOV.

(*Wratcheb. Gaz.*, in *Sem. méd.*).

Traitement du syndrome myocarditique dans la scarlatine. — Dès que l'on note un abaissement de la tension artérielle, on donne six à dix gouttes par jour de la solution au millième d'adrénaline, jusqu'à ce que la tension se relève. Contre le syndrome malin d'origine surrénale, on donne, suivant l'âge, dix à trente gouttes d'adrénaline au millième par jour, en quatre à cinq jours fois. En outre, huile camphrée, Si l'amélioration n'est pas suffisante et que le cœur soit dilaté, on associera à cette médication

la digitaline à petite dose : deux à quatre gouttes de la solution au millième.

NOBÉCOURT et MILHIT.

(*Paris méd.*)

Association de l'opothérapie surrénale au traitement mercuriel dans l'hérédo-syphilis. — Bien plus que dans la syphilis acquise, les lésions des surrénales sont fréquentes chez les jeunes hérédo-syphilitiques : il faut les rechercher, surtout quand il y a des troubles de l'état général pouvant conduire à la cachexie.

Si la recherche est positive, on associera l'opothérapie surrénale au traitement mercuriel : c'est le seul moyen de mener à bien la cure. Dans de semblables cas, l'arsenic ne doit être employé qu'avec prudence.

A. SÉZARY.

(*Gaz. hôpit.*)

Traitement de la toux des tuberculeux cavitaires par l'aspirine. — On donne cinquante centigrammes d'aspirine, le soir, dans une infusion chaude : cette dose, qu'il est inutile de dépasser, supprime le plus souvent la toux nocturne des cavitaires.

BLACKWOOD

Journ. Amer. med. Assoc.)

Solution de novocaïne pour l'anesthésie locale :

Novocaïne................	cinquante centigr.
Sérum physiologique.......	100 cent. cubes
Adrénaline au millième.....	XXV gouttes

La toxicité de la novocaïne est quatre fois moindre que celle de la cocaïne.

RECLUS.

(*Société chirurg.*).

A. M.

Correspondance hebdomadaire
(Suite).

trique : il interrompt son travail pendant quelques minutes, le reprend pendant deux heures et quitte le chantier.

Trente-six heures après cet homme succombait avec des symptômes péritonéaux.

L'autopsie a été demandée : j'ai constaté un ulcère rond du duodénum, à la face antérieure de sa première portion ; la perforation de cet ulcère (qui ne s'était révélé par aucun symptôme morbide antérieur et qui s'est perforé au moment où ce charpentier faisait un gros effort) a déterminé la mort par péritonite suraiguë.

Ai-je besoin de vous dire que le résultat de l'autopsie a indisposé la famille contre moi ?

Y a-t-il accident du travail ? Existe-t-il des jugements rendus sur cette uestion ?

Réponse. — S'il est prouvé que la perforation de l'ulcère, qui a déterminé la mort par péritonite, a été causée par l'effort anormal fait au cours du travail, le décès de l'ouvrier doit être considéré comme provenant d'un accident du travail et mis comme tel à la charge du patron.

Nous ne pouvons vous citer de cas entièrement identique. Mais il est admis que l'état antérieur

Suite page XXII.

PARTIE PROFESSIONNELLE

MUTUALITÉ FAMILIALE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance du Conseil d'administration.

21 *juillet* 1914.

Présents : MM. Maurat, *président* ; Noir, Mignon, Gassot et Duchesne, *secrétaire*.

M. Mignon, secrétaire général, soumet au Conseil un certain nombre de questions soulevées dans la correspondance.

M. Gassot, trésorier, communique la .ettre suivante qu'il a reçue :

Mon cher confrèr

Une certaine somme m'ayant été confiée par une cliente pour être distribuée à différentes sociétés, j'ai pensé à la Mutualité Familiale du Corps médical Français.

Vous trouverez ci-jointe la somme de cinq cents francs que vous pourrez verser à la Caisse Auxiliaire, ce qui vous permettra d'accorder une obole supplémentaire et bien venue quand vous le jugerez utile.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes sentiments les plus confraternels

Le Conseil adresse ses remerciements au généreux donateur.

e Président communique la note qu'il a reçue de la Préfecture de police :

Par lettre du 9 juillet 1914, le Ministère du travail et de la Prévoyance sociale (Direction de la Mutualité) fait connaître que la Société de secours mutuels libre dite *Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie* qui, conformément à l'article 4 de la loi du 1er avril 1898, a effectué le 28 janvier 1913 le dépôt des modifications apportées à ses statuts et qui s'appellera dorénavent *Mutualité familiale et professionnelle du Corps médical français*, restera inscrite sous le nº 1445 au répertoire des Sociétés de secours mutuels du département de la Seine.

Cette lettre restera déposée aux archives.

Admissions

Le Conseil prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison MA

MM. Boussuge, à Lyon.
Lacassagne, à Séméac (Hautes-Pyrénées)
MM. Bugeau, à Surgères (Charente-Inférieure).
Bertrand, à Montpellier (Hérault

Combinaison P

M. Lacassagne, à Séméac (Hautes-Pyrénées).

Le secrétaire, . Duchesne. — *Le président.* A. Maurat

L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA MEDECINE

A propos de l'élection d'un rebouteur.

Nous recevons de notre confrère, le Dr Paul Sondaz, d'Albertville, les lettres suivantes, que nous nous faisons un devoir de publier. Nous lui ferons remarquer que personne, si ce n'est au *Concours médical*, ne nous a documentés sur l'élection d'Albertville. Nous ne faisons pas ici de politique et n'avons pas à rechercher les causes de l'échec de l'ancien député, mais nous déplorons que les électeurs en soient réduits en Savoie à choisir un rebouteur pour les représenter. Ce n'est pas, à notre avis, la preuve indiscutable « d'un robuste bon sens doublé d'une juste conception des choses et des hommes » que notre excellent confrère, le Dr Paul Sondaz, attribue, peut être, avec un peu trop de générosité, aux électeurs d'Albertville qui n'ont pas hésité à envoyer un rebouteur à la Chambre des députés. Nous croyons que tous nos confrères, quelles que soient leurs opinions politiques, pensent comme nous

J. Noir.

Monsieur le Dr Noir,
rédacteur en chef du *Concours médical*,
Paris.

Mon cher confrère,

J'ai lu, avec beaucoup d'intérêt, dans les « Propos du jour », du dernier numéro du *Concours médical*, (dimanche 19 juillet 1914) votre spirituel article intitulé « l'Election d'un rebouteur ».

Comme vous, comme tous nos confrères, je réprouve ardemment le fait d'exercer illégalement la médecine, et je considère que les pratiques de tous les charlatans et autres devraient être sérieusement réprimées.

Mais que penser d'un homme politique dont le système de défense consiste à essayer de discréditer la mentalité des populations qu'il représentait ?

Loin de moi l'intention de soutenir la cause d'un

rebouteur. Je tiens simplement à vous dire que l'échec du député sortant d'Albertville tient à d'autres causes qu'à la prétendue crédulité « naïve » des habitants.

J'ignore le nom du distingué confrère qui vous a renseigné sur les choses de la politique de l'arrondissement d'Albertville.

Lorsque vous aurez le plaisir de le rencontrer, vous pourrez lui dire, de ma part, que les habitants de ce pays n'ont absolument rien de commun avec les nègres du Congo ou de la Guinée, auxquels on voudrait les assimiler.

Je compte sur votre amabilité, mon cher confrère, pour faire insérer ces quelques lignes dans le prochain numéro de notre journal professionnel.

Ci-joint la lettre que j'adresse à M. Accombray, député, en réponse aux allégations me concernant dans son rapport.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs,

Dr Paul SONDAZ,
Membre du *Concours médical*,
Conseiller général,
et adjoint au maire d'Albertville.

Albertville, le 19 juillet 1914.

A Monsieur Accambray, député, rapporteur
de l'élection législative d'Albertville.

Monsieur le Député,

Après lecture de votre rapport sur les opérations électorales de l'arrondissement d'Albertville, paru à l'*Officiel* du 8 juillet et reproduit, par plusieurs journaux, j'ai, vous le savez, protesté, par télégramme, contre les allégations me concernant.

Aujourd'hui, mieux documenté sur les faits qui me sont reprochés, je viens vous rapporter quelques explications nécessaires.

J'affirme, sur l'honneur, n'avoir jamais été l'objet d'une tractation quelconque, de la part de M. Girod, industriel à Ugine, pour faire campagne et me présenter contre M. Chautemps ».

Je déclare absolument contraire à la vérité le contenu de deux lettres, figurant au dossier, à ce sujet, bien qu'elles émanent : l'une de M. E. Laperrouse, coiffeur à Albertville, et l'autre de M. J. Fiora, menuisier dans la même ville.

Aux affirmations de ces deux messieurs et à celle de M. Chautemps, j'oppose le démenti le plus formel.

M. Chautemps se plaint de mon attitude malveillante envers lui, au cours de la période électorale. Si M. Chautemps n'est pas content, qu'il s'en prenne à lui-même.

Pour des raisons que je n'ai pas à exposer ici, j'avais résolu d'observer, dans cette élection, la neutralité la plus correcte. Et certes, comme je l'ai fait jusqu'au 1er mai, j'aurais suivi cette ligne de conduite, par respect pour le parti républicain, jusqu'à la fin de la lutte, si M. Chautemps ne m'avait obligé à sortir de ma réserve.

Dans une réunion à Albertville, le 30 avril, et dans une conférence à la Bâthie, le 3 mai, M. Chautemps a jugé bon de m'attaquer, alors que je ne le combattais pas du tout.

Dans ces deux réunions, il a tenu, sur mon compte, des propos malveillants, qui tendaient tout simplement à faire croire que j'avais fait trafic de ma conscience.

C'est à la suite des paroles prononcées, à mon endroit, par M. Chautemps, que je suis allé effectivement dans deux ou trois communes. J'ai vu quelques amis, je leur ai dit combien M. Chautemps se trompait sur mon compte et me suis plaint de sa façon de me traiter. En ce faisant, j'estimais pratiquer l'exercice légitime de mon droit de défense.

C'est pour la même raison, qu'à un moment donné, je me suis renseigné, à la sous-préfecture, sur les délais fixés pour une déclaration de candidature. Je n'avais point l'intention d'être candidat (bien que ce fût mon droit) : je voulais simplement avoir le moyen de me défendre, au besoin par voie d'affiches, contre les attaques de M. Chautemps.

On veut aujourd'hui me rendre responsable de l'échec de M. Chautemps. A ceux qui m'accusent, je conseille de se faire extirper la poutre qu'ils ont dans l'œil. Ils y verront peut-être plus clair et se rendront compte que M. Chautemps a été plutôt victime de maladresses que lui ont fait commettre certains prétendus amis, toujours enclins à faire de la politique de personnes et de cancans.

En terminant, permettez-moi, Monsieur le député, de vous dire combien mal vous avez été renseigné sur l'état d'esprit de nos populations.

La « crédulité naïve » que vous attribuez aux Savoyards est remplacée par un robuste bon sens doublé d'une juste conception des choses et des hommes.

Veuillez agréer, Monsieur le Député, l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

Dr SONDAZ
Conseiller général,
Premier adjoint au maire d'Albertville.

MÉDECINE SOCIALE

Les lois sanitaires en province.

Au moment où un groupe parlementaire, aidé de quelques personnalités éminentes de l'Académie de médecine, veut imposer une nouvelle et très dure charge aux médecins, en ordonnant la déclaration obligatoire des tuberculoses ouvertes, et, par suite, donner de nouveaux droits et de nouveaux devoirs à l'Etat, je me suis demandé s'il ne pouvait pas être utile d'étudier comment l'Etat s'acquittait des nombreux de-

voirs que les lois sanitaires lui imposent. Il me suffisait d'ouvrir ma fenêtre pour regarder ce qui se passe autour de moi. J'ai vu ainsi comment l'Etat s'acquitte en province, dans la province rurale ou de petites villes, des nombreuses fonctions qu'il a bénévolement assumées, en créant un énorme arsenal législatif.

Je veux donc dire uniquement ce que j'ai vu, ce que je vois se passer tous les jours autour de moi dans mon petit cercle restreint. Mais je peux ajouter que tout ce que je vois autour de moi est identique à ce qui se passe dans tout le département, et même dans une partie des départements voisins que je visite médicalement quelquefois. Je désire qu'il en soit autrement ailleurs, mais je n'ose l'espérer.

Je crois d'abord que bien des praticiens ont été étonnés que le rapport sur cette grosse question ait été confié par l'Académie à M. le Professeur Letulle. Nous admirons tous son grand talent, beaucoup regrettent avec moi que les portes de la Faculté ne se soient pas ouvertes plus tôt devant lui. Mais, s'il est un grand savant, un anatomo-pathologiste merveilleux, un très distingué professeur d'histoire de la médecine, a-t-il toute l'expérience de la pratique de la médecine dans les milieux ouvriers et ruraux nécessaire pour bien comprendre tous les côtés de cette question? Il nous semblait à beaucoup, malgré ou même à cause de ses grandes qualités, moins qualifié que beaucoup d'autres pour légiférer sur une question de pratique journalière.

Du reste, deux observations générales doivent dominer toute la question de la pratique sanitaire actuelle. D'abord, en France, nous sommes beaucoup trop centralisés. Paris nous domine d'une manière trop considérable. Il est le siège du gouvernement, la ville la plus importante par sa population, son commerce, ses monuments, ses savants, son enseignement. Tous les provinciaux reconnaissent hautement sa supériorité. Mais Paris, avec ses administrateurs qui souvent ont fait toute leur carrière à Paris, s'imagine que la province est une réduction (à une bien petite échelle) de Paris, et n'est pas autre chose.

Alors, on juge au Conseil d'Etat, quand il s'agit d'un décret d'application d'une loi, à la place Beauvau, quand il s'agit d'un règlement d'administration publique, que la France est en petit le faubourg St-Honoré ou la place du Palais-Royal. Les règlements sont faits (et encore !) pour le quartier où ils ont été rédigés. Aucune administration n'a l'air de se douter qu'ils peuvent être absolument inapplicables en province. Aucune ne paraît savoir qu'il existe en France des communes pauvres, éloignées de tout centre important, de toute voie ferrée, où la densité de la population ne dépasse pas 20-25 habitants par kilomètre carré, et des maisons isolées que leur éloignement ne met pas à l'abri des maladies contagieuses et où l'on pourra ne conduire aucune grave machine à désinfection parce qu'il n'y a pas de chemin carrossable.

Pour s'y rendre, le grand hygiéniste parisien devrait abandonner, à longue distance, son aristocratique limousine, et rejoindre à pied, le confrère campagnard que son modeste vélo a rapproché un peu plus de la maison à visiter.

Cet esprit de tout voir en Parisien est universel à Paris. Tel ce grand chef d'une administration non officielle, mais presque officieuse, qui prescrivait tout récemment aux médecins de son administration de *peser* tous les postulants. Dame ! à Paris la visite des postulants a lieu à jour fixe dans un local spécialement affecté à cet usage, et il ignorait, quoique brillant élève de l'école polytechnique, que les visites se passaient en province chez le médecin. Je pense cependant qu'il ne croyait pas que la balance fît partie de l'arsenal journalier du praticien, au même titre que son thermomètre et son chronomètre. Il ne supposait pas non plus, je pense, qu'on pourrait faire ces pesées *in naturalibus* sous l'œil bienveillant de la police, sur une des nombreuses balances automatiques qui ornent les vestibules des établissements de sa compagnie !

De plus, toutes les lois sociales sont dénaturées et gâtées, en province, par l'intrusion incessante de la politique. On ne fait rien contre tous les débitants, parce qu'ils sont grands électeurs. On réserve tous les postes administratifs aux médecins auxquels on veut être agréables, et que l'on sait souples ou assez dépendants pour ne pas créer d'ennuis à l'administration — lisez : le député de la majorité ou le tyranneau de village influent.

On n'applique un règlement mis en vigueur que si cette application peut être agréable à un ami, ou désagréable à un ennemi.

Je dis : s'il est mis en vigueur, parce que beaucoup ne le sont pas et ne peuvent pas l'être. L'Etat qui a ses coffres vides, rejette une partie de la dépense sur les départements, qui, obérés, eux aussi, la reportent sur les communes encore moins riches.

L'Etat ne paraît pas se douter que, pour les mesures sanitaires, la dépense est, d'une manière relative, et d'une manière absolue, d'autant plus considérable que la commune est plus petite et la population plus clairsemée.

Il faudra la même quantité d'aldéhyde formique pour désinfecter un matelas ou un mètre cube à Paris que dans un petit hameau des Alpes. C'est entendu, mais à Paris, il suffira d'y amener, en une demi-heure, avec deux litres d'essence, une étuve automobile. Là-haut, l'étuve devra être conduite, pendant une journée et peut-être plus, dans de mauvais chemins, par des chevaux ou par des bœufs ; la dépense sera décuplée et devra être payée par un paysan tout juste assez aisé pour n'avoir pas droit à l'assis-

tance, ou par une petite commune dont le centime additionnel ne suffira pas à payer cette dépense.

Ceci dit, voyons ce qui se passe autour de moi en ce qui concerne l'application des lois intéressant la santé publique.

J'exerce depuis un tiers de siècle, ou presque, au chef-lieu Goldsee du département Blisberg, petit département montagneux, comme son nom l'indique, mais bien percé de bonnes routes desservies par de nombreux services d'autobus, sillonné par 6 lignes de chemin de fer, ce qui est quelque chose pour un département qui ne compte pas 300.000 habitants.

Il n'y a pas de grosses agglomérations. La population totale des chefs-lieux (du département et des arrondissements) atteint 30.000 habitants. La population, essentiellement agricole, est relativement sobre, travailleuse, facile à gouverner (tout le monde veut une place du gouvernement, suivant l'expression répandue), mais routinière, comme toute population rurale, non industrielle.

Commençons par les lois sanitaires anciennes :

La *loi sur l'ivresse publique* due à l'Assemblée nationale est le seul effort sérieux qu'on ait tenté en France contre l'alcoolisme, péril national. Elle serait totalement oubliée, si elle n'était affichée dans presque tous les débits en bonne et due place, c'est-à-dire en un point où personne ne peut la lire. Quoique cet effort soit presque antédiluvien, les législateurs en sont encore fatigués, et ils n'ont pu depuis s'occuper de l'alcool que pour protéger les bouilleurs de cru, grands électeurs et fabricants d'alcool naturel !!!

Cette loi n'est jamais appliquée autour de moi : de loin en loin, un ivrogne est bien condamné à l'amende, mais il faut qu'il ait commis en même temps un crime impardonnable, comme mal parler au commissaire, ou résisté vivement à un sergent de ville. Ceux-ci respectent religieusement les ivrognes, et ils croient avoir rempli tout leur devoir quand ils ont chargé sur une brouette un pauvre diable que ses jambes alourdies ne peuvent plus ramener chez lui.

Il est vrai qu'on laisse ouvrir tous les jours de nouveaux débits, et qu'aucun maire ne s'est aperçu qu'il pouvait en diminuer le nombre en déclarant tabou, pour ces empoisonneurs publics, le voisinage des écoles et de quelques autres établissements.

Quand j'étais enfant, aucun bureau de tabac n'était agrémenté d'une buvette. Aujourd'hui en ville, presque tous le sont. Pourquoi l'administration ne défend-elle pas ce cumul pernicieux à des gérants choisis ou agréés par elle ? Pourquoi, dans les campagnes, place-t-elle presque tous les bureaux dans des auberges ? Presque tous nos bourgs ont une petite mercière ou une épicière qui serait heureuse de joindre ces deux commerces. Mais ce sont des femmes, et les aubergistes sont des électeurs influents. Tel qui entre au bureau de tabac pour acheter un londrès de cinq centimes ou un timbre s'y attable toute l'après-midi parce qu'il trouve une table, déjà servie et entourée de camarades qui l'invitent. Ainsi l'administration rédige à Paris de belles circulaires contre l'alcoolisme et engage en province tous les fumeurs, tous les priseurs, tous ceux qui ont une lettre à envoyer, à entrer dans un débit où ils ne sauront pas trop souvent résister à la tentation.

Je ne parlerai pas de la loi sur l'*inspection des pharmacies*, quoique cela nous touche de près. Elle est lettre morte, et il en sera ainsi tant qu'elle sera faite par le pharmacien de la région le mieux noté politiquement. Qu'on envoie des inspecteurs sérieux et compétents, inconnus, tombés à l'improviste dans ma région, comme font les inspecteurs des finances.

Mais l'inspection devrait se faire d'abord chez le droguiste. Il est ridicule de prescrire, en 1912, à un pharmacien, de faire l'analyse de tous les produits qu'il reçoit, même de l'ésérine, dont il vendra 0,10 cent. dans l'année, de l'oxalate de cérium qu'on ne lui demandera jamais peut-être, ou d'une ampoule de chloroforme, qui ne donne toute garantie en chirurgie que si elle a été scellée à la lampe chez le fabricant.

Quoique nous touchant de près, à cause des maladies transmissibles des animaux à l'homme, je ne veux dire qu'un mot de la loi sur *la police sanitaire des animaux*. Elle nous a valu la nomination d'un inspecteur départemental, et puis c'est tout. Pardon, j'oubliais les tournées d'inspection aussi onéreuses qu'inutiles des vétérinaires sanitaires.

Cependant, effrayé de ces dépenses, notre préfet a voulu cette année faire des économies. L'an dernier sévissait une épidémie de fièvre aphteuse. Régulièrement, à mesure de ses progrès, le préfet prenait un arrêté interdisant une foire, recevait le lendemain la visite d'un homme politique, et prenait un nouvel arrêté cassant celui de la veille. Cette année, nouvelle épidémie. La préfecture n'en a eu officiellement connaissance que pour faire promener ses vétérinaires. Le préfet, en homme d'esprit, s'est avisé qu'il économiserait ainsi la feuille de papier de l'arrêt d'interdiction de foire et de déplacement d'animaux, et celle de l'arrêté d'autorisation, et que cette économie serait autant de gagné pour les contribuables. En leur nom, nous le remercions.

Venons à la loi *Roussel sur la protection de l'enfance*. Elle devrait être en faveur puisque la mode est à la puériculture depuis qu'on ne fait plus d'enfants. Au début, début tardif, car le

conseil général a hésité longtemps à engager cette dépense, la commission de surveillance fit faire une enquête dans toutes les communes pour savoir les médecins les plus appelés. On fit des circonscriptions en tenant compte de ces revendications et des demandes des médecins. Mais bientôt on s'aperçut que ces fonctions devaient être la juste récompense de services électoraux, et on remania tout le service : on remercia celui-ci avec éloge, celui-là sans blâme ; on rogna la circonscription de celui-ci sans l'en avertir, on tâcha de décider celui-là à démissionner en lui retirant successivement toutes les communes et en ne lui laissant que celles dont personne ne voulait. On laissa des circonscriptions entre les mains de confrères nommés malgré eux et ne faisant pas le service, mais qu'on ne voulait pas mécontenter en envoyant un voisin dans ce qu'ils considéraient comme leur fief.

Il y a peu d'années, un inspecteur longtemps malade pria, avec l'agrément tacite de l'administration, un confrère de le remplacer. Il le fit très consciencieusement. Mais l'inspecteur mort, son suppléant fut trouvé trop réactionnaire. Il y avait dans la région un autre médecin, mais il était étranger ; on n'a pas osé le nommer, et cette circonscription, où cependant bien des concierges parisiens envoient leurs enfants en nourrice, est restée sans inspection.

Pauvres nourrissons, espoirs des loges ! Pauvre France !

Il en est heureusement autrement de la loi sur l'*Assistance médicale gratuite*. Le conseil général, désirant limiter la dépense et créer de nouveaux postes de médecins fonctionnaires et d'agents électoraux, avait voté le service par circonscription. La quasi-unanimité des médecins du département répondit à l'appel des médecins de l'hôpital de Goldsee, se syndiqua et obtint le paiement à la visite et au kilomètre et le libre choix du médecin et du pharmacien. Grâce à l'énergie d'un chef de division de la préfecture qui a compris l'importance sociale de ce service, et le caractère démocratique du libre choix, il fonctionne depuis 19 ans, sans grosses difficultés. Les médecins ont été aidés au début par un préfet intelligent et libéral (il est à la retraite) qui se sentait effrayé par le cadeau que le conseil général voulait lui faire.

Je sais bien que, malgré la rigueur du chef de division, et de la commission de vérification des comptes, qui comprend des délégués du préfet, des médecins (élus) et des pharmaciens (élus aussi), mais pas de représentants du conseil général, la dépense augmentait. Mais, avec toutes les lois sociales, il en sera toujours ainsi. Les ayants droit prennent, plus nombreux tous les ans, conscience de leurs droits. Les maires veulent soutenir leur popularité en augmentant les listes d'inscrits. Ainsi les dépenses augmentent notablement tous les quatre ans, l'année qui précède les élections municipales.

Il y a bien eu quelques inscriptions ou radiations politiques — des indigents bien pensants et relativement fortunés, — des maires de communes pauvres se refusant à faire voter leur part de dépenses sous prétexte qu'ils n'avaient pas d'indigents, inscrivant sur la liste le 5e de la commune après qu'ils avaient été imposés d'office, et n'y laissant plus que sept vieillards après avoir vu l'effet désastreux pour leur budget de ces inscriptions trop nombreuses. On a bien vu tel conseiller général omnipotent faire inscrire son hospice communal comme hôpital de rattachement de l'assistance, et envoyant ensuite à l'hôpital départemental les hospitalisés de sa propre commune ayant besoin d'un corset plâtré, parce que son grand hôpital ne possédait pas de plâtre, ni de tarlatane, et n'avait pas de piton et deux mètres de bande de toile pour faire un appareil suspenseur improvisé.

Mais d'une manière générale, ce service fonctionne bien avec aussi peu d'intrusion politique que possible.

La loi sur l'*assistance aux vieillards* intéresse trop peu les médecins et les met trop peu en mouvement pour que j'aie à m'en occuper dans cet aperçu essentiellement médical.

Venons au gros morceau, la *loi de* 1902 *sur la protection de la santé publique*. Voilà le grand code d'hygiène publique qui devait empêcher les Français de mourir, que dis-je ? de devenir malades, qui devait détruire toutes les maisons insalubres, donner de l'eau potable à toutes les communes, des aliments loyaux à tous les estomacs, etc.

D'abord si elle n'a pas empêché tout le monde de mourir, elle a, dans notre département, aidé deux familles à vivre, ce qui est quelque chose. La direction des enfants assistés et de l'hygiène comprenait deux employés. Ils sont maintenant quatre.

Le chef, Monsieur l'Inspecteur, est comme tous les chefs de service des petits départements. Il demande son changement dès son arrivée, et ne s'intéresse que mal à un service qu'il est bien décidé à quitter le plus tôt possible.

Notre confrère Clémenceau, quoiqu'il ait mal tourné puisqu'il a quitté la médecine pour faire de la politique, avait eu une idée juste en donnant aux préfets des avancements de classe sur place. Il pouvait ainsi les attacher à leur département, les y fixer, les engager à s'y faire une situation personnelle, ce qui leur manque si souvent, leur donner le temps de connaître par eux-mêmes les gens et les choses, les besoins, et les désirs de leur département au lieu de ne les voir que par les yeux des hommes politiques.

Il aurait dû étendre cette règle à tous les chefs d'administration, en spécifiant que tout changement de résidence demandé tiendrait lieu d'un avancement de classe, et retarderait celle-ci d'autant.

Les chefs de service auraient tâché de mériter par leur zèle un changement de résidence, ou se seraient contentés d'avancer sur place dans une sphère d'action à laquelle ils se seraient intéressés, sûrs d'y rester longtemps, s'ils le voulaient, sans nuire à leurs intérêts matériels.

Donc nous n'avons eu que des chefs de service ne faisant que passer, faisant le moins possible, ou, comme nous le verrons tout à l'heure, en fouettant un dada inapplicable,mais à la mode.

Le conseil général a été invité à organiser le service de la vaccination publique. Un médecin, conseiller général, demanda qu'elle fût gratuite pour les indigents et payantes pour les autres, et que, pour diminuer les frais de déplacement, on eût recours partout aux médecins les plus voisins à condition qu'ils voulussent s'en charger.

Le préfet répondit que la première partie de son vœu était contraire à la loi, ce qui est regrettable, si c'est vrai. Le rapporteur, conseiller général, qui paraissait radical bon teint, répondit à la 2e partie qu'une loi républicaine ne pouvait être appliquée que par des médecins républicains.

La majorité se rangea à l'avis de cet incorruptible. Hélas ! un an après, il soutenait un radical dissident, il était excommunié par le grand comité et perdait son siège. Mais ce pur n'est pas médecin. Passons, et plaignons-le, si nous en avons le temps.

Les médecins de la protection déjà triés sur le volet furent chargés de la vaccination. On leur donna un franc par kilomètre à l'aller. Il paraît qu'ils n'étaient pas assez purs. Discrètement, mais effectivement, on remania les circonscriptions dans le sens du conseiller général incorruptible et on arriva à des monstruosités administratives.

Des 22 communes qui forment les cantons entourant le chef-lieu, cinq ou six sont desservies par le médecin le plus rapproché. Pour toutes les autres, il y a une majoration de dépenses sans autre intérêt que l'utilité politique.

Tel confrère, espérant mieux plus tard (?), a accepté d'aller vacciner au loin dans une commune pauvre, où il n'est jamais appelé comme médecin parce que la commune est pauvre, et bien plus rapprochée d'un confrère rural, qui, ayant moins de frais, peut avoir un tarif kilométrique plus réduit. Il ne peut pas s'y occuper de la protection parce qu'il lui faudrait y aller exprès, et que les enfants sont trop dispersés, et trop peu nombreux pour que ses honoraires lui paient son essence.

La politique active n'a pas été oubliée. Un maire douteux se plaint que le médecin vaccinateur a annoncé trois fois la séance sans venir. On n'a fait aucune observation à celui-ci bien noté. Mais, l'année suivante, il fait acte d'indépendance politique, et on lui retire protection et vaccination pour n'avoir pas fait régulièrement son service.

Cependant la vaccination, dans la 1re année, se fait assez régulièrement. Mais la revaccination à 10 ans ? La première année, on a invité les directeurs d'écoles publiques et privées à faire vacciner leurs élèves tombant sous le coup de la loi, ou à fournir un certificat de revaccination. Mais depuis, il n'en est plus question. Quant à la 2e revaccination de 20 ans, elle n'a jamais eu lieu, on n'a jamais rappelé à une jeune fille de 20 ans qu'elle n'avait plus 18 printemps, mais 20, et qu'elle n'avait pas, pour s'y refuser, l'excuse de son frère qui serait revacciné l'année suivante au régiment ; donc peu, très peu, de revaccinations à 10 ans, aucune à 20 ans.

(A suivre.) Dr G. LAPRADELLE

IVe CONGRÈS DES PRATICIENS

L'organisation sanitaire en Allemagne,

(Suite).

par le Dr KOLBÉ (de Châtel-Guyon).

Indemnités.

Art. 28. — Les personnes soumises à l'assurance contre l'invalidité ont droit, pour tout le temps qu'elles ont été soumises à des mesures de restriction dans le choix du lieu de résidence ou de travail en vertu de l'article 12, ou à des mesures d'isolement en vertu de l'article 14, à une indemnité en raison de la perte de salaire qu'elles leur ont fait subir. L'indemnité est calculée en prenant comme salaire de base la 3/100e partie du salaire annuel qui sert de base à la fixation de l'assurance contre l'invalidité.

L'indemnité n'est pas accordée quand le malade, frappé en même temps d'incapacité de travail, trouve par ailleurs un secours dans une assurance obligatoire, ou quand il reçoit des soins gratuitement.

Art. 29. — Si un objet a été, par suite de désinfection ordonnée et surveillée par la police conformément à la présente loi, endommagé de telle sorte qu'il ne puisse plus servir à l'usage auquel il était destiné, ou s'il a été détruit par ordre de la police, — indemnité en est due au réclamant, sous réserve des exceptions posées aux articles 32 et 33.

Art. 30. — L'indemnité doit être égale à la valeur marchande de l'objet, abstraction faite des moins-values résultant de ce qu'il est suspect de contamination. S'il n'a été qu'endommagé ou partiellement détruit, la valeur du reste doit être évaluée sur le montant de l'indemnité.

Art. 31. — A défaut d'un autre ayant droit connu, l'indemnité est allouée au détenteur de l'objet endommagé ou détruit au moment de la désinfection. Cette allocation comporte suppression de l'allocation à l'indemnité de l'article 29.

Art. 32. — Il n'est alloué aucune indemnité :

1° Pour les objets qui sont la propriété de l'Empire, d'un Etat de l'Empire, ou d'un corps communal ;

2° Pour les objets importés ou exportés en dépit d'une interdiction prise conformément à l'article 15 ou à l'article 21.

Art. 33. — Le droit à l'indemnité disparaît :

1° Quand celui qui doit recevoir cette indemnité est en possession d'objets, sachant ou devant penser, d'après les circonstances qu'ils étaient contaminés et à soumettre à une désinfection ;

2° Quand celui auquel l'indemnité serait à payer ou qui serait le détenteur des objets endommagés ou détruits a rendu la désinfection nécessaire en contrevenant à la présente loi ou à une mesure prise en vertu de cette dernière.

Art. 34. — Les frais des indemnités seront mis à la charge de l'administration. Il est réservé à chaque Etat de décider :

1° Qui payera l'indemnité et par quel moyen on se procurera les fonds nécessaires ;

2° Dans quel délai la demande d'indemnité devra être fournie ;

3° Comment l'indemnité sera fixée.

Dispositions générales.

Art. 35. — Les installations servant à l'approvisionnement public en eaux potables ou ménagères et à l'enlèvement des déchets doivent être soumises à une surveillance continue de la part des agents de l'Etat.

Aux communes incombe le soin de remédier à toute défectuosité dans ces installations, qui pourrait être dangereuse pour la santé publique. Elles peuvent, selon leur capacité, être tenues d'exécuter les travaux du genre de ceux énumérés au paragraphe 1, dans la mesure où ils sont nécessaires comme garantie contre les maladies transmissibles. La procédure à engager envers les communes se règlera d'après le droit en vigueur dans les différents Etats confédérés.

Art. 36. — Sont dits médecins officiels au sens de cette loi les médecins nommés par l'Etat ou avec son approbation.

En cas d'empêchement des médecins officiels, ou par suite de circonstances urgentes, ils peuvent être remplacés par d'autres médecins. Ces derniers sont considérés comme médecins officiels durant l'accomplissement de la mission qu'ils ont assumée. Ils ont les devoirs et les droits conférés aux médecins officiels par la présente loi ou les dispositions exécutoires subséquentes.

Art. 37. — Les gouvernements particuliers et leurs organes auront à ordonner les mesures préventives et répressives nécessaires et à en diriger l'exécution.

La compétence des autorités et le versement des frais se déterminent d'après la législation des Etats particuliers.

Les frais nécessités par les recherches officielles faites conformément à l'article 6, par l'observation dans le cas de l'article 12, par la désinfection ordonnée et surveillée par la police en vertu de l'article 19, par les mesures spéciales ordonnées en vertu de l'article 21 pour la conservation, l'ensevelissement, le transport et l'inhumation des cadavres, sont supportés par l'administration.

Les gouvernements particulier, déterminent quelles corporations il faut entendre sous la dénomination de commune, assemblée communale et corps municipal.

Art. 38. — Les autorités des différents Etats de l'Empire doivent se prêter mutuellement assistance dans la lutte contre les maladies contagieuses.

Art. 39. — L'exécution des mesures à prendre en vertu de la présente loi incombe aux autorités militaires et maritimes en ce qui qui concerne :

1° Les militaires appartenant à l'armée ou à la marine active ;

2° Les personnes logées dans des bâtiments militaires ou à bord des navires et embarcations appartenant à la marine impériale ou loués par elle ;

3° Les militaires et corps de troupe de l'armée et de la marine en marche ou en cours de transports, ainsi que les objets d'équipement et d'usage quotidien ;

4° Les immeubles et établissements exclusivement utilisés par l'administration de l'armée et de la marine.

Dans les manœuvres militaires, les mesures de restriction à la liberté de circulation ne trouvant pas leur application, le Conseil fédéral décidera comment les autorités militaires et civiles se mettront en rapport au sujet de l'apparition d'un cas suspect de maladie contagieuse, de son invasion, ainsi que de sa marche et de sa disparition.

Art. 40. — Pour le service des chemins de fer, des postes et télégraphes, comme pour les services de navigation rattachés au service des chemins de fer et soumis à la surveillance des autorités de l'Etat, l'exécution des mesures à prendre en vertu de la présente loi incombe ex-

clusivement aux autorités compétentes de l'Empire et des Etats particuliers.

Le Conseil fédéral déterminera jusqu'à quel point les mesures de police interdisant l'accès de certains lieux ou ordonnant les désinfections s'appliquent :

1° Aux personnes qui sont reconnues pendant le transport, malades, suspectes de maladie ou de contagion ;

2° Aux employés et ouvriers des administrations de chemins de fer, des postes et télégraphes, des services de navigation précités, — lesquels se trouvent occupés dans leur service ou retenus temporairement en dehors de leur demeure pour cause de service.

Art. 41. — Le chancelier de l'Empire est tenu de surveiller l'exécution de cette loi et de ses règlements.

Quand, pour combattre les maladies contagieuses, des mesures deviennent nécessaires, qui atteignent les territoires de plusieurs Etats confédérés, le chancelier de l'Empire,ou le commissaire délégué par lui, veillera à ce que les dispositions des autorités s'acomplissent d'un commun accord ; il déterminera , à cet effet, tout ce qui est nécessaire : en cas d'urgence, il enverra sans délai ses instructions aux autorités.

Art. 42. — Quand, dans une localité, l'irruption d'une épidémie a été constatée, l'Office sanitaire impérial devra être prévenu immédiatement. Le Conseil fédéral est autorisé à décider comment, au cours de l'épidémie, les renseignements fournis sur les cas de maladies et de décès seront envoyés à l'Office sanitaire impérial.

Art. 43. — Un conseil supérieur de santé de l'Empire sera créé à côté de l'Office sanitaire impérial. Le chancelier de l'Empire, avec l'assentiment du Conseil fédéral, déterminera la réglementation. Les membres seront nommés par le Conseil fédéral.

Le Conseil supérieur de l'Empire doit aider l'Office sanitaire dans l'accomplissement de la tâche qu'il a à remplir. Il est autorisé à donner, sur leur demande, des avis aux autorités.

Il lui est permis, pour être renseigné, de se mettre en relation directe avec les autorités désignées à cet effet, d'envoyer des délégués qui, avec le concours des autorités compétentes, se renseignent sur les lieux

Dispositions pénales.

Art. 44. — Sera puni d'un emprisonnement qui pourra atteindre trois ans :

1° Quiconque aura sciemment, — avant que désinfection soit exécutée — employé, transmis à d'autres, ou mis en circulation des objets mobiliers dont la police avait ordonné la désinfection ;

2° Quiconque aura sciemment employé, transmis à d'autres ou mis en circulation des vêtements, linges, objets de literie, ou autres objets mobiliers qui ont été employés par des personnes atteintes de maladies contagieuses pendant leur maladie, — ou utilisés à l'occasion de leur traitement, — avant qu'ils aient été désinfectés conformément aux dispositions prises par le Conseil fédéral en vertu de l'article 22 ;

3° Quiconque aura sciemment utilisé, ou transmis à d'autres, pour qu'ils les utilisent, des véhicules ou tout autre matériel qui a servi — de la manière désignée au paragraphe 2, — au transport des personnes malades ou décédées, avant l'accomplissement des mesures de désinfection.

S'il y a des circonstances atténuantes, il sera infligé une amende pouvant atteindre 1.500 marks.

Art. 45. — Sera puni d'une amende de 10 à 150 marks, ou d'un emprisonnement qui ne pourra être inférieur à une semaine :

1° Quiconque néglige de faire la déclaration qui lui incombe en vertu des articles 2 et 3, — ou laisse passer plus de vingt-quatre heures depuis qu'il a connaissance des faits à déclarer ;

2° Quiconque, dans le cas de l'article 7, refuse au médecin officiel l'accès auprès du malade ou du cadavre, ou l'empêche de se livrer aux recherches nécessaires ;

3° Quiconque, contrairement à l'article 2, refuse au médecin officiel ou aux autorités compétentes des renseignements sur les circonstances indiquées à l'article précité, — ou fait des déclarations fausses sciemment ;

4° Quiconque contrevient aux prescriptions édictées conformément à l'article 12.

Art. 46. — Sera puni d'une amende qui pourra atteindre 150 marks ou d'emprisonnement, en tant qu'une peine plus élevée n'est pas édictée par la législation pénale en vigueur :

1° Quiconque contrevient aux prescriptions provisoires édictées par le médecin officiel ou le maire de la localité, dans le cas de l'article 9, ou aux prescriptions édictées par les autorités compétentes en vertu de l'article 16 ;

2° Quiconque contrevient aux mesures de police prises en vertu des articles 12, 14 inc., 5, 15, 17, 19 à 22 ;

3° Quiconque contrevient aux prescriptions édictées en vertu des articles 24, 26, 27.

Dispositions pénales.

Art. 47. — Les règlements édictés par le Conseil fédéral pour l'exécution de la présente loi seront portés à la connaissance du Reischtag.

Art. 48. — Les prescriptions des Etats particuliers, relatives à la lutte contre les maladies contagieuses autres que celles énumérées à l'article 1 ne sont pas touchées par la présente loi.

M. Rochaix, déjà nommé, fait suivre la tra-



VALÉRAL PUY

Liquide ou Capsules

BROMOVALÉRIANATE SODIQUE ALCALIN

Succédané plus actif des Valérianates et des Bromures — Tolérance absolue — Odeur, saveur agréables — Action fidèle et soutenue. — Pas d'accoutumance.

Echantillons. Littérature, **Laboratoire A. PUY, Grenoble.**

Véritable spécifique

DES NÉVROSES

Convulsives, douloureuses spasmodiques Phobies. Névralgies. Insomnies.

DOSE : Une cuillerée à café ou 4 capsules contiennent 1 gr. de valéral. 1 à 3 cuillerées à café dans 1/2 verre d'eau sucrée.

PRIX : 3 fr. 50

PROSTHÉNASE
GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE

Combinés à la Peptone et entièrement assimilables

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les Adultes

Échantillons et Littérature : **Laboratoire GALBRUN**, 18, Rue Oberkampf, PARIS

duction de la loi du 30 juin 1900 des commentaires suivants :

« Nous voyons par le texte de cette loi que le législateur de 1900 a placé à la base de la lutte contre les maladies infectieuses *le principe de la déclaration obligatoire. La liste des maladies qui doivent être déclarées est assurément très incomplète, elle ne comprend que la lèpre, le choléra asiatique, le typhus exanthématique, la fièvre jaune, la peste et la variole, mais elle a été complétée par les lois particulières aux différents Etats de l'Allemagne, la Prusse en particulier, comme nous l'indiquons au chapitre suivant.*

Les articles 2 et 3 indiquant les personnes qui sont tenues à la déclaration sont fort intéressants. C'est non seulement le médecin qui, comme chez nous, est obligé de faire la déclaration des cas de maladies visées par la loi, *mais à son défaut et dans l'ordre suivant : le chef de famille ou le patron, toute personne qui participe par profession au traitement ou aux soins du malade, le propriétaire de la maison ou le locataire de l'appartement où s'est produit le cas de maladie ou de mort, le médecin chargé de faire les constatations légales.*

C'est là une mesure excellente, qui ne met pas à la charge du médecin toute la responsabilité de la déclaration, responsabilité lourde parfois, fâcheuse pour lui dans certaines circonstances, et qui assure le fonctionnement parfait des déclarations.

Il faut noter également la précision remarquable avec laquelle sont réglées *les indemnités* auxquelles peuvent donner lieu certaines mesures que la loi prescrit.

Les *dispositions pénales* sont très rigoureuses, puisque la loi *prévoit l'emprisonnement* (art. 44), *et des amendes de* 150 *marks* (art. 45 et 46), tandis que la loi française de 1902 ne sanctionne ses dispositions que par les peines édictées à l'*article* 471 *du Code pénal* (*amende de* 1 à 5 *francs*) (*art.* 27).

Remarquons enfin que la loi *allemande est muette sur les mesures sanitaires relatives aux immeubles,* alors que la loi française y consacre tout le chapitre 2 du titre 1. Elle n'avait pas à s'occuper de l'obligation de *la vaccination,* dont l'article 6 de notre loi de 1902 a consacré le principe en France, la *loi allemande de* 1874 *l'ayant déjà imposée dans ce pays depuis longtemps.* »

(*A suivre*).

SOU MÉDICAL

Extrait des procès-verbaux du Conseil d'Administration.

Séances des 25 *juin,* 2, 9, *et* 16 *juillet* 1914.

Admissions. — Sous réserve de la publication statutaire, le Conseil prononce l'admission de MM. les docteurs :

3385 Rigal, à Valence (Drôme).
3386 Tournaire, à Tain (Drôme).
3387 Denis, à Orléans (Loiret).
3388 Martinaud, à Avignon (Vaucluse).
3389 Coulet, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
3390 Hamant, à Nancy (Meurthe-et-Moselle).
3391 Combier, au Creusot (Saône-et-Loire).
3392 Rondel, à St-Fromond (Manche).
3393 Œchsner de Coninck, Paris, 45, rue Damrémont.
3394 Couvrat-Desvergnes, à Agen (Lot-et-Garonne).
3395 Galissot, à Roncq (Nord).
3396 Dubois, St-Victor-l'Abbaye (Seine-Infér.).
3397 Duvernay, à Aix-les-Bains (Savoie).
3398 Briquel, à Lunéville (Meurthe-et-Moselle).
3399 Marchand, à Châteauneuf (Charente).
3400 Paul, à Paris, 149, rue St-Charles.
3401 Limouzi, à Orléans (Loiret).
3402 Max, Les Riceys (Aube).
3403 Lespiau, à Toulouse.

— Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 40 fr. 50, coût des assignations dans une affaire du Dr D. contre une Compagnie d'assurances.

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr L., d'une somme de 138 fr. 40, pour frais et honoraires dans une affaire de recouvrement d'honoraires gagnée en appel.

— Le Dr H. est traîné en appel d'un jugement qui lui accorde la totalité de sa demande pour soins donnés à un blessé du travail. L'adversaire lui reproche, malgré un rapport d'expertise qui lui donne entièrement raison, d'avoir négligé de pratiquer une injection de sérum préventive, puis d'avoir fait trop d'injections curatives. Il conteste également le cumul des pansements faits à plusieurs doigts au cours de la même visite.

L'appui pécuniaire est accordé au Dr H., pour défendre à cet appel.

— Le Dr P. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note d'honoraires de 50 fr. contre une succession. L'affaire étant très embrouillée, il devra prendre un avoué

et faire des frais hors de proportion avec la somme en litige.

Le Conseil, vu cette circonstance spéciale, accorde l'appui pécuniaire demandé.

— Me Mornard annonce que la Cour de Cassation a cassé l'arrêt rendu dans l'affaire Vauriot, avec des motifs qui font espérer une solution définitive favorable.

Le Conseil enregistre avec satisfaction cette nouvelle.

— Le Dr X. a été diffamé dans un journal local au cours d'une polémique à l'occasion des élections.

L'avis de Me Gatineau étant que la diffamation est bien caractérisée, le Conseil donne l'appui pécuniaire au Dr X., pour poursuivre le gérant du journal.

— Le Dr B. demande le remboursement de 37 fr. 80, qu'il a payés pour frais de représentation en justice de paix dans une affaire qu'il a abandonnée, sur les conseils « du Sou » (*Accordé.*)

— Le Dr P., ayant fourni, sur une affaire de dénigrement par un pharmacien, pour laquelle l'appui pécuniaire lui avait été antérieurement refusé, des documents qui, de l'avis de Me Gatineau, sont de nature à établir le bien fondé d'une action en dommages-intérêts, le Conseil, revenant sur sa décision, lui accorde l'appui pécuniaire.

— Le Conseil ordonnance le paiement de 78,70, pour frais de l'avoué adverse, dans l'affaire du Dr P., actuellement pendante devant la Cour de cassation.

— Le Dr J. demande le paiement de : 1° 48 fr.05 pour frais et honoraires d'avoué dans une affaire de recouvrement d'honoraires qu'il a récemment perdue en appel ; 2° 50 fr. pour honoraires d'avoué dans une affaire de privilège, remontant à 1908, pour laquelle il avait également obtenu l'appui pécuniaire ; 3° une somme dont il laisse au Conseil le soin de fixer le montant, pour les autres frais qu'il a pu avoir à supporter dans cette dernière affaire.

Le Conseil donne satisfaction au Dr J. sur les deux premiers points de sa demande. Sur le troisième, il regrette de ne pouvoir le faire, l'appui pécuniaire ne comportant que le remboursement des frais judiciaires et des honoraires des défenseurs, sur justification fournie par l'adhérent qui l'a obtenu.

— Le Conseil ordonnance le paiement au Dr B. de la somme de 1158 fr. 70, montant, non compris les 300 fr. de provision déjà versées par le « Sou », des frais et honoraires d'une affaire pour laquelle l'appui pécuniaire lui a été accordé.

VARIÉTÉS

Contre-coups des lois sociales.

Lorsque le législateur élabore une loi, il n'est pas sans songer aux conséquences qu'elle peut avoir, — aux contre-coups, aux abus, aux déceptions mêmes dont elle sera suivie.

Malgré tous les soins et toutes les études dont elle est l'objet, une loi n'est jamais parfaite, et l'on espère sur les règlements d'administration publique pour la mettre au point, en préciser les détails, en prévoir les difficultés d'application, et y remédier.

Ce n'est qu'à l'aide de décrets, de circulaires et de règlements successifs, que l'on arrive après plusieurs années d'efforts, à la mettre à peu près sur pied.

Cependant il est telle de ces difficultés que l'on n'arrive point à surmonter, telles de ces conséquences, si inattendues, que l'on ne peut éviter.

Comment eût-on prévu, par exemple, les difficultés de l'application du libre choix dans la loi de 1898 sur les accidents du travail ? Comment se fût-on douté que l'exercice de la profession médicale serait troublé au point de voir se créer des cliniques spéciales et des emplois médicaux spéciaux, au sujet du fonctionnement de cette loi ?

On ne peut nier qu'une allure quelque peu commerciale caractérise certaines de ces cliniques, qu'il existe une âpre lutte d'intérêts entre médecins et compagnies d'assurances, et même entre médecins, à propos des soins à donner aux blessés ; et ces questions d'intérêts soulevées par la loi de 1898 sur les accidents du travail et par les prétentions de plus en plus menaçantes des mutualités, ont modifié la physionomie de la profession médicale, le caractère du médecin, et l'ont obligé à prendre une attitude défensive qui n'a rien de sacerdotal, mais peu importe.

Nous ne parlons pas de l'industrie des simulations, des névroses, psycho-névroses, et des mentalités particulières aux accidentés, qui en sont aussi la conséquence.

On n'a sans doute pas été sans prévoir les innombrables difficultés d'application de la loi de 1902 sur la santé publique. La plupart de ses articles, notamment ceux qui concernent les constructions d'habitation, la suppression des taudis, sont entourés de tels obstacles d'ordre financier et d'ordre administratif, hérissés de telles procédures interminables, que l'application en est parfois impossible.

Qui dira pourquoi des contraventions pour fraudes alimentatiaires graves ne sont point suivies de sanction ? Qui dira pourquoi une vache de nourrisseur, ayant subi l'épreuve posi-

tive de la tuberculine, ne peut être enlevée de l'étable ? Défense est faite de livrer du lait de cette vache aux établissements publics, crèches, consultations de nourrissons, soit, mais comment exercer un contrôle ?... Et que fait-on des autres consommateurs ?... à quoi sert cette épreuve en un mot ? Pas de sanction, pas de loi, nous ne cesserons de le répéter.

Combien la loi de 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards ne prête-t-elle pas aux duperies, simulations, exagérations des infirmités, surtout à propos de l'obtention anticipée de la retraite, malgré les conseils spéciaux et le délai de révision prévu ?

Combien de retraités, bien valides, ne se livrent-ils pas à un travail très rémunérateur ?

Pensait-on aussi rencontrer tant d'indifférence et même tant de résistance envers la loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes ?

Quelles surprises nous réserve l'application de la loi sur les familles nombreuses et les femmes en couches, on ne tardera pas à le savoir.

Quoi qu'il en soit, toutes ces lois philanthropiques, d'une si généreuse et si haute portée, sont l'honneur de notre République, et malgré toutes leurs imperfections, toutes les difficultés que présente leur application, elles doivent être maintenues. Avec le temps et suivant les circonstances, elles seront amendées, modifiées, corrigées.

Mais si au point de vue matériel elles présentent les inconvénients dont nous venons de dire un mot, il est un autre point de vue — le point de vue moral — qui doit préoccuper les philanthropes, parce qu'il offre une certaine gravité.

La loi sur les retraites obligatoires décharge trop facilement les enfants du soin de leurs parents, et bien des enfants, à l'aise et même riches, ne rougissent point de déclarer qu'ils ne peuvent en aucune façon venir en aide à leurs vieux parents. Fréquemment, malgré les délégations cantonales ou les conseils spéciaux, la déclaration négative des enfants est acceptée. La camaraderie administrative et le point de vue électoral n'empêchent point la critique privée, plus juste et plus impartiale, qui pense que trop souvent, malgré la loi, on n'oblige pas les enfants à remplir leurs devoirs envers leurs parents, et que, au lieu de moraliser les masses, il se trouve qu'un des plus beaux préceptes de la loi morale est méconnu et foulé aux pieds.

Mais c'est surtout au sujet des deux dernières lois du 17 juin et du 14 juillet 1913, sur les familles nombreuses et les femmes en couches, qu'il y a lieu d'examiner le contre-coup moral de leur application et d'essayer d'en amoindrir, sinon d'en supprimer les effets.

Voyons la loi sur les familles nombreuses.

La loi accorde une allocation au chef de famille dans les conditions que l'on sait.

Si le ménage est régulier, tout va bien.

Si le ménage est irrégulier, mais les enfants reconnus, c'est le père qui touche l'allocation, et le concubinage est consacré.

Il ne faut pas être trop rigoriste, et on doit surtout songer aux enfants. D'ailleurs certains ménages irréguliers ont une tenue plus correcte que des réguliers. Passons.

Si le ménage est régulier, mais en instance de divorce, c'est le père qui touche jusqu'au moment où le jugement est rendu. Après le jugement, c'est celui des deux époux qui a la garde des enfants qui devient chef de famille et touche l'allocation. Ainsi, un père indigne ayant abandonné sa femme et ses enfants peut toucher, pendant la durée de la procédure, une somme d'argent, dont la mère, dans le besoin, ne voit pas un sou.

Et comme la mère, chef de famille, a droit à une allocation pour un enfant de plus que si c'était le père, l'on voit la fraude possible, la simulation d'abandon de famille ou de disparition. Ceci n'empêche par le mari de venir voir sa femme en cachette, et les bureaux de bienfaisance ont déjà constaté le fait, préparé avant l'application de la loi, en vue du supplément d'allocation espéré.

Certains ménages irréguliers ayant des enfants reconnus du côté maternel et du côté paternel, espèrent aussi additionner les enfants des deux côtés, pour le calcul de l'allocation.

Cette loi si sage sur les familles nombreuses aura pour conséquence inévitable l'augmentation des unions libres, des abandons de famille, de la disparition d'un des époux, et deviendra peut-être, sinon la ruine du foyer, du moins une cause de désagrégation de la famille ouvrière.

Les assimilés, c'est-à-dire les enfants ayant un contrat d'apprentissage, donneront lieu à des tromperies, à des difficultés d'interprétation sur la validité du contrat, selon que l'enfant recevra un semblant de salaire, et pourront même avoir un retentissement sur la repopulation, par une influence limitative du nombre des enfants.

Quant aux femmes en couches, il est aisé de prévoir combien il sera difficile d'évaluer leurs ressources.

L'allocation qui leur sera attribuée ne doit se cumuler avec aucun secours public de maternité.

L'Assistance publique et les municipalités qui accordaient des secours de maternité dans des conditions variables les supprimeront ou les maintiendront s'ils sont plus avantageux pour la mère que ceux qui seront obligatoires, — et ne les cumuleront point, c'est entendu. Mais comme par le passé les femmes s'adresseront aux organisations privées qui accordent des secours de maternité. Beaucoup de ces femmes connaissent ces organisations et en usent sans discrétion ;

et la loi a peut-être tort ne ne pas tenir compte de ces secours privés. Il y a encore là une question de moralité, car les secours au lieu d'être cumulés sur une même tête, pourraient être accordés à un plus grand nombre, ou utilisés d'une façon plus efficace. Des mutualités maternelles privées, des dispensaires, des industriels qui emploient des femmes, accordent de larges secours de maternité, au point que telle femme reçoit de trois à quatre cents francs pendant le mois qui suit ses couches, et une somme variable, mais importante, les mois suivants.

C'est pourquoi il serait désirable de voir s'organiser une fédération des œuvres d'assistance locales qui se concerteraient au sujet des demandes adressées dans les mairies. On arriverait ainsi à une plus juste répartition des secours, et on en ferait bénéficier un certain nombre de femmes qui ne se trouvent point dans les conditions prévues par la loi.

Néanmoins, et malgré leurs défauts, nous répétons que les lois sociales promulguées depuis une quinzaine d'années sont bonnes, et peuvent devenir excellentes, sinon parfaites, avec le concours et les bonnes volontés de tous les vrais philanthropes.

Docteur Courgey (1).

REPORTAGE MÉDICAL

Nouvelles et Variétés.

— **Cours de Vacances** (deuxième année) *de chirurgie infantile et d'orthopédie*. — Dans son service de l'hôpital des Enfants de Bordeaux et à sa clinique orthopédique, le Dr H.-L. Rocher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, fera, du 12 au 17 octobre 1914, une série de conférences et de démonstrations pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, avec projections et présentation de photographies, radiographies, pièces anatomo-pathologiques, de malades, avant, pendant et après traitement.

Cet enseignement aura lieu tous les jours de 9 h. à midi et de 3 à 5 h. 1/2 de l'après-midi.

Les examens de malades seront faits sous la direction du Dr Rocher par les médecins et les étudiants inscrits, ainsi que les applications d'appareils plâtrés dans la coxalgie, le mal de Pott, les tumeurs blanches, les ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires.

Pendant ces six jours, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Ultérieurement paraîtra le programme détaillé des conférences et exercices pratiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Prière d'adresser son inscription (gratuite) et toutes demandes de renseignements, au Dr H.-L. Rocher, clinique orthopédique, 91, rue Judaïque, Bordeaux.

— **Association d'enseignement médical professionnel**. *Cours de vacances*, 14e année. — L'Association organise chaque année une série de cours de vacances. Les praticiens et les étudiants y trouvent tous les éléments nécessaires de perfectionnement.

Les cours de la prochaine série auront lieu tous les jours du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1914, avec le programme suivant :

A 8 heures et demie. — Dr Bourguignon (Cabinet d'électrothérapie, 2, square du Croisic et hospice de la Salpêtrière). L'électricité dans les maladies du système nerveux ; électro-diagnostic, électrothérapie, radiothérapie.

A 8 heures et demie. — Dr Caboche (Clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille.

A 10 heures. — Dr d'Herbecourt (Clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A 10 heures et demie. — Dr Civatte (Hôpital Saint-Louis), Dermatologie, syphiligraphie.

A 4 heures. — Dr Audistère (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Thérapeutique des maladies du poumon et du cœur.

A 4 heures. — Drs Judet et Paul Barbarin (Clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle). Chirurgie osseuse, examen, opérations. Appareils.

A 5 heures. — Dr Dubrisay (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Accouchement, opérations et manœuvres obstétricales.

A 5 heures. — Dr De Font-Réaulx (Clinique, 31, rue Ballu). Examen et traitement des principales affections oculaires.

A 6 heures. — Dr Agasse-Lafont (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Maladies de l'appareil digestif.

A 8 heures et demie du soir. — Drs Delherm et Laquerrière (Clinique Apostoli, 60, rue de Rome). Electrothérapie, radiothérapie et applications indirectes de l'électricité.

MM. les Drs O. Pasteau et Lavenant (Maladies des voies urinaires) et Rousseau-Decelle (stomatologie) ne feront pas de cours à cette série,

S'inscrire : 1° Par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes) ; 2° Auprès du professeur lors de la première leçon.

Le droit d'inscription est de 25 fr. pour chaque cours qui comprendra de 8 à 11 leçons. Tous les cours commenceront le lundi 21 septembre aux heures indiquées et seront terminés le samedi 3 octobre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente, Paris 6e. *Envoi du programme détaillé sur demande.*

(1) Nous rappelons une fois de plus que nous laissons aux signataires des articles publiés dans le journal l'entière responsabilité de leurs opinions, qui ne deviennent pas les nôtres du seul fait de leur insertion dans le *Concours*. N. D. L. R.

Le Directeur-Gérant : Dr GASSOT.

Clermont (Oise). — Imprim. DAIX et THIRON
Thiron et Franjou Sucrs
3, place Saint-André.
Maison spéciale pour publications périodiques médicales.

Trente-sixième année Décembre 1914

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

SOMMAIRE

A NOS LECTEURS

Au moment même où paraissait notre numéro 31, la mobilisation générale était décrétée. De ce fait tous nos services se trouvèrent successivement désorganisés et force nous fut de suspendre la publication du Concours Médical.

Il ne nous est pas possible de la reprendre encore. Quand pourrons-nous le faire ? Nous souhaitons vivement tous que ce ne soit pas dans un avenir trop éloigné.

Quoi qu'il en soit, nous tenons à faire savoir à nos lecteurs que leur situation, au point de vue de l'abonnement, demeure ce qu'elle était au 2 août : lorsqu'il réapparaîtra, le Concours *leur sera servi pendant une période égale à celle qui restait à courir jusqu'à la fin de l'abonnement en cours.*

Notre Agenda de 1915 *est, pour les mêmes raisons, forcément ajourné.*

Le Bureau du Concours *reste cependant ouvert et nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour les divers services qu'il nous est possible de leur rendre.*

PROPOS DU JOUR

Le " Concours Médical " et la guerre.

A l'heure où tous les Français ont l'esprit tendu vers l'action de nos armées héroïques, les phrases nous paraissent de peu de poids et notre plume un instrument bien futile. Le communiqué le plus concis sur les événements du front passionne davantage que la plus brillante littérature, fût-elle l'œuvre d'académiciens amoncellant les arguments pour rétorquer le panégyrique de la « Kultur » allemande. En de telles situations les réponses les plus courtes et les plus énergiques sont les meilleures. Lors de Waterloo un général célèbre sut dans un moment tragique synthétiser en un mot la réplique de circonstance qui à jamais l'illustra. Aussi, pénétré de la pensée que dans une période d'action aussi intensive, les discours ne portent guère, nous ne prenons pas aujourd'hui la plume pour développer des idées, mais simplement pour faire savoir ce qu'est devenu le *Concours médical* pendant ces quatre mois de guerre, pour rappeler que ceux qui le dirigent et le rédigent ont, comme ses lecteurs, subi les mêmes deuils, partagé les mêmes angoisses et restent animés de la même inébranlable confiance dans l'avenir.

Plusieurs de nos abonnés, loin de la zône des armées et de la région parisienne, se sont étonnés de notre long silence. Nous leur devons quelques explications sur le désarroi que la guerre a apporté dans l'organisation du *Concours médical.*

Dès le premier jour de la mobilisation, alors que la période des vacances était déjà ouverte, une véritable dissociation s'opéra dans nos bureaux.

Notre directeur, le Dr Gassot, fut absolument bloqué dans la commune de Chevilly dont il est maire, tenu de remplir ses devoirs municipaux pour les réquisitions exigées par la mobilisation, le ravitaillement et plus tard le secours aux ré-

fugiés de l'Est. Pendant ce temps-là son second fils mobilisé gagnait la frontière.

Le Dr Maurat fut retenu de longues semaines à Chantilly, obligé, en raison du manque de médecins, de reprendre l'exercice de sa profession. Il eut le désagrément de subir pendant quelques jours les ennuis de l'occupation allemande. Ses deux fils avaient gagné le front et l'un, notre confrère, aide-major dans une ambulance divisionnaire, échappait comme par miracle, dans le voisinage de C..., au massacre criminel de cette formation sanitaire, par un parti de uhlans.

Le Dr Boudin, depuis quinze jours en congé dans le département de l'Ain lors de la déclaration de guerre, se trouva tout à coup investi des fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital militarisé d'Oyonnax et dut seul assurer les soins que donnaient trois de ses confrères à la population ouvrière et paysanne de toute cette région qu'une crise industrielle avait déjà plongée dans une noire misère.

Le Dr Paul Lacroix, abandonnant la rédaction de nos cliniques, allait à Ambérieu organiser une infirmerie de gare modèle dont les journaux italiens ont vanté le parfait fonctionnement.

Le Dr G. Duchesne, dès le premier jour de la mobilisation, quittait notre secrétariat pour rejoindre son poste de médecin-major, attaché à la défense mobile d'un de nos camps retranchés. Il apprenait peu après que son fils en combattant avait été frappé par un éclat d'obus, à peu près en même temps et de la même manière que le fils de notre collègue, le Dr Henri Cézilly. Heureusement les blessures ne furent pas très graves et nos deux vaillants jeunes gens ont déjà repris dans le Nord leur place au combat.

Le Dr M. Vimont, retiré à Cherbourg avec sa famille, s'efforçait de secourir les blessés dans une ambulance dont on lui avait confié la direction, tâchant d'oublier, en se rendant utile, les tristes nouvelles qu'il recevait sur la dévastation de son patrimoine dans les Ardennes envahies.

Notre administrateur, M. Boulanger, sous-officier au service des évacuations, roulait nuit et jour entre la Champagne et l'Argonne, remplissant une tâche utile autant que fatigante et parfois périlleuse.

Resté à Saint-Mandé, le Dr Diverneresse assurait le service de l'hospice Lenoir-Jousserand de l'Assistance publique de Paris, celui de l'École Braille, du bureau de bienfaisance et de sa clientèle. Il était un des rares sur le concours desquels nous pouvions compter.

M. Dumesny, le secrétaire du « Sou médical », et notre vieil ami, le dévoué Dr Dupont, restaient seuls dans nos bureaux.

Quant au Rédacteur en chef, un des rares praticiens que la mobilisation ou l'avance allemande sur Paris au début de septembre, n'avaient pas éloigné de la capitale, il contribuait à effectuer le service du traitement à domicile de l'Assistance médicale de son arrondissement dont les 14 médecins étaient réduits à 4, il assurait la surveillance hygiénique de sept écoles et d'une crèche et répondait aux exigences d'une clientèle que la pénurie des médecins accroissait sans cesse et que les événements rendaient en grande majorité miséreuse.

La Direction, la Rédaction et l'Administration du *Concours médical* se trouvaient donc bien désemparées.

Malgré cela, avec la collaboration de Diverneresse et de Dumesny, nous comptions, ces mois derniers, reprendre la publication du journal. Nous aurions consacré à sa rédaction une partie des nuits que l'anxiété laissait sans sommeil ou les très rares loisirs de quelques après-midis de dimanches, à peine distraits par le ronflement de l'hélice d'un Taube qui, en passant sur nos têtes, laissait choir avec fracas quelques bombes sur Notre-Dame ou au voisinage du Muséum, presque sous nos fenêtres. Malheureusement, notre bonne volonté ne suffisait pas et nous nous heurtions à des obstacles matériels.

Ce fut d'abord la suppression de toute ressource financière par le moratorium, puis la disparition de nos employés, touchés par la mobilisation [1], enfin la clôture momentanée de notre imprimerie, quand la ville de Clermont-de-l'Oise subit l'occupation allemande.

Et puis, que serait-il advenu de notre journal, une fois imprimé ? Qu'en adviendra-t-il encore ? Les trois quarts de nos lecteurs ne sont-ils pas mobilisés ou séparés de nous par le mur d'airain de l'invasion ? Et la poste ! parviendrait-elle

(1) Nous devons signaler deux de nos employés déjà victimes de la guerre. Marcel M.., blessé une première fois, renvoyé au front, puis frappé une seconde fois d'une balle au cou, en traitement à Coutances où il reçoit les soins dévoués et habiles de nos excellents amis et correspondants, les Drs Métais (de Surgères) et Baize (de Coutances). M. Henry G. qui, tombé malade sous Montfaucon, fut évacué sur Bourges et est actuellement en convalescence à Vincennes.

à faire parvenir à destination un modeste périodique, alors que tant de lettres et de dépêches restent en souffrance ?

Certains d'entre nous, que nous étions parvenus à voir ou à consulter, nous disaient : « Pensez-vous que les médecins praticiens du *Concours médical* trouveront actuellement quelque plaisir à lire des articles scientifiques et professionnels ; ils ont certes bien d'autres préoccupations en tête. L'intérêt angoissant des événements de la guerre, le souci de l'avenir et de la vie des leurs, engagés sur la ligne de feu, accaparent leur esprit tout entier. Que pourriez-vous donc leur dire ? »

Oh ! nous ne serions pas embarrassés pour cela. Nos cœurs au *Concours médical* battent trop bien à l'unisson de ceux de nos lecteurs pour savoir quel langage il conviendrait de leur tenir. Certes, les articles de science médicale et d'intérêts professionnels ne sauraient être, pendant cette période tragique, le fond de notre journal. Mais nous aurions voulu faire du *Concours* le trait d'union entre tant de confrères que la guerre isole depuis plus de quatre mois. Nous aurions établi une sorte de correspondance générale entre les praticiens des diverses régions. Nous aurions montré à tous combien chacun, dans sa sphère glorieuse ou modeste, sait remplir son devoir; et tous, nous en sommes certains, y auraient trouvé un réconfort moral et un encouragement à continuer leur tâche.

Nous aurions publié la liste déjà longue de nos héros tombés au champ d'honneur. Nous aurions signalé les innombrables actes de bravoure, de sang-froid et de dévouement qui ont valu à tant des nôtres l'honneur d'être porté à l'ordre de l'armée. Nous aurions signalé le courage civique de nombre de médecins que leurs fonctions municipales dressaient en face de l'envahisseur et désignaient comme otages. Nous aurions cherché à nous renseigner sur ceux de nos confrères des régions occupées au sujet desquels ont parfois couru des bruits sinistres, heureusement fréquemment démentis. Nous aurions reproduit en partie les nombreuses lettres que nous avons reçues et qui, toutes, auraient pour nos lecteurs le plus grand intérêt.

Enfin nous aurions pu montrer que notre sollicitude n'a pas abandonné nos œuvres. Nous aurions fait savoir que le Conseil du « Sou médical » n'a jamais cessé de se réunir, même au jour les plus sombres de la tourmente, que les Drs Maurat, Diverneresse, Chapon, Noir et souvent Vimont et Gassot, assistés de nos avocats distingués et dévoués, Me Gatineau et Me Dumesny, ont continué d'y expédier les affaires en cours et d'examiner les nouvelles qu'on leur a soumises ; ils sont et resteront toujours dévoués, quoi qu'il arrive, au service de l'œuvre.

Nous aurions dit à tous avec quel dévouement le Dr Gassot est parvenu à mettre à l'abri, lors de la marche allemande sur Paris, les archives, la comptabilité et le portefeuille de nos Mutualités et du « Sou médical ». Nous aurions encore fait savoir que, sauf dans les départements envahis, tous les membres de la mutualité du corps médical français ont touché l'indemnité-maladie qui leur était due.

Tout ceci eût intéressé et intéresse encore nos lecteurs.

Nous avons été dans l'obligation d'attendre décembre pour faire cette publication réduite et reprendre contact avec nos abonnés, avec nos amis. Ils se rendront par elle exactement compte des obstacles élevés devant nous par les événements de l'heure présente.

Et puisque nous clôturons par ce modeste numéro l'année 1914 du *Concours médical*, espérons que 1915 débutera en nous apportant de plus heureux présages. Adressons à nos lecteurs nos souhaits anticipés et répétons bien haut ce que nous pensons tous :

Courage, patience et surtout confiance en l'avenir glorieux de la France pour le bien de l'Humanité.

J. Noir.

MUTUALITÉ FAMILIALE

Lettre du Secrétaire général

Chers confrères,

Le procès-verbal de la réunion du Conseil d'administration que vous trouverez ci-après vous prouve que nous avons pu tenir notre réunion trimestrielle habituelle et que la Mutualité Familiale n'a pas cessé de fonctionner malgré les événements. Vous y verrez la liste des indemnités allouées, indemnités qui sont parvenues aux intéressés en temps voulu lorsque l'administration *Trésor et Postes* l'a permis.

Cela c'est le signe le plus certain que notre Mutualité Familiale vit toujours, je dirai même

a la vie dure, car vous ne saurez jamais quel dévouement, quelle persévérance inlassable, quelle habileté il a fallu à votre Trésorier pour s'assurer les fonds nécessaires à tous ces paiements malgré les entraves du *Moratorium*.

Mais tout a une limite en ce bas monde, et, par le temps de tension financière où nous vivons, je doute que notre cher Gassot puisse, quoi qu'il en pense, renouveler en décembre le tour de force de septembre si vous ne l'aidez un peu vous-mêmes.

Mes chers confrères, songez à ceux d'entre vous qui sont malades et ne peuvent travailler, qui ne peuvent gagner leur vie quotidienne, malgré la foule de malades sans médecins qui se presse à leur porte ; songez que ces malheureux n'ont que notre caisse comme ressource sur laquelle ils puissent compter ; songez que cette caisse a fortement entamé ses disponibilités courantes, qu'elle ne peut vendre ses titres, que, le pût-elle, elle perdrait en le faisant des sommes considérables et que, pour tout dire, elle ne pourra se tirer d'affaire qu'avec la rentrée des cotisations de janvier.

C'est pourquoi, avant toute chose, je me permets de faire appel à chacun de vous et de vous supplier tous d'envoyer vos cotisations à Gassot dès maintenant, afin que lui, il puisse envoyer ses indemnités sans trop de retard. Dès aujourd'hui prenez vos dispositions et faites ce grand effort de solidarité pour que ne souffre de la misère aucun de nos camarades malade ou impotent.

Un certain nombre d'entre vous attendaient le recouvrement postal : qu'ils ne l'attendent pas cette année et qu'ils prennent l'initiative de faire leur envoi, votre Trésorier vous en sera reconnaissant.

Je rappelle d'ailleurs que, l'état de guerre n'ayant pas atteint le fonctionnement de la Mutualité Familiale, tous doivent verser la cotisation de janvier sous peine de suspension de leurs droits. Le Conseil d'administration se prêtera évidemment aux circonstances, mais il ne pourrait allouer une indemnité à qui n'aurait pas versé sa cotisation.

Nous ne pouvons avoir d'Assemblée générale cette année et nos projets d'améliorations sont renvoyés à plus tard. Plus tard aussi nous vous donnerons connaissance du résultat de notre inventaire que notre actuaire a dû interrompre pour rejoindre son poste à l'armée dès le 1er août.

En votre nom à tous, mes chers confrères, j'envoie à M. Fleury l'expression de nos vœux les plus ardents. Il est prisonnier à Magdebourg avec la garnison de Maubeuge.

Souhaitons tous d'un même cœur que sa captivité soit courte et qu'il nous revienne en bonne santé.

Envoyons aussi nos vœux bien sincères à tous ceux de nos camarades blessés sur le front.

Nous ne savons pas encore si nous avons perdu quelqu'un des nôtres, mais nous savons que plusieurs ont perdu leurs fils. Le Dr Berne, un de nos anciens, nous écrivait dernièrement une lettre profondément belle dans son triste courage. A lui, à tous, adressons de tout cœur nos bien sincères condoléances.

A propos de nos camarades blessés à l'armée, je dois vous rappeler le § 1er de l'article 38 de nos statuts. Il dit que *tout sociétaire tombé malade ou blessé sous les drapeaux et recevant de l'Etat les soins qui lui sont nécessaires renonce à son droit à l'indemnité*.

Vous comprenez tous la nécessité de cet article. Sans lui, notre caisse aurait pu être vidée en six mois de campagne, et pour s'assurer contre le risque de guerre, il aurait fallu payer une surprime énorme.

Donc, pour qu'un sociétaire mobilisé puisse avoir droit à une indemnité, il faudra qu'il apporte la preuve qu'il ne pouvait recevoir de l'Etat les soins dont il avait besoin. C'est, par exemple, le cas des médecins mobilisés de l'armée auxiliaire et versés dans les hôpitaux auxiliaires des Sociétés de secours aux blessés militaires ; ceux-là ne touchent aucune solde. Mais tous les médecins du service armé sont soignés par l'Etat et de ce fait renoncent au droit à l'indemnité de la Mutualité Familiale.

Je ne saurais clore cette lettre sans reporter avec vous tous ma pensée sur celui que nous avons perdu il y a dix mois, le Dr Jeanne, un de nos chers fondateurs. Vous savez comme il aimait « l'Amicale » et quel dévouement il montra comme premier secrétaire général. C'était aussi un grand patriote et je suis sûr que sa belle âme de marin eût maintes fois vibré d'enthousiasme s'il avait pu voir, comme nous, l'aurore de notre victoire. Saluons sa mémoire à ce double titre, mes chers confrères, et qu'il reste pour nous tous le grand modèle du patriotisme le plus noble et de la solidarité professionnelle la plus pure.

Le Secrétaire général,
H. MIGNON.

Réunion du Conseil d'Administration

1er *octobre* 1914.

Présents : MM. Maurat, *Président* ; Noir ; Mignon ; Gassot.

M. Diverneresse, membre de la Société, est invité à compléter le Conseil et à remplir les fonctions de Secrétaire.

Le Secrétaire général annonce que, du fait de la mobilisation générale, toutes les demandes

d'admission ont été suspendues. Par contre, les déclarations de maladie ont été faites régulièrement.

Le Trésorier expose au Conseil les mesures qu'il a prises pour s'assurer la disponibilité des sommes nécessaires au versement des indemnités.

Le Président constate avec une vive satisfaction que le fonctionnement de la Mutualité Familiale n'aura pas été troublé par les événements et que les indemnités vont pouvoir être adressées aux ayants-droit à l'époque réglementaire ; il adresse ses félicitations au Secrétaire général et au Trésorier.

Sur le rapport du Secrétaire général, le Conseil alloue les indemnités suivantes à Messieurs :

13	BARTHEZ	Aude	3 mois	300 »
20	HINTZY	Seine-et-Oise	3 mois	300 »
31	CALMELS	Aveyron	1 mois et 19 jours chr.	163 25
34	PARMENTIER	Ardennes	3 mois	300 »
43	CAMBUS	Aisne	15 jours	150 »
80	PARDOUX	Paris	3 mois	300 »
100	COQUERET	Aube	3 mois	300 »
107	GAUTHIER	Bouches-du-Rhône	3 mois	300 »
122	DIACRE	Seine-et-Oise	Un mois et 11 jours chr.	136 60
130	MÉJASSON	Charente-Inférieure	41 jours	410 »
137	LECERF	Loire-Inférieure	3 mois	300 »
142	DUCLAUX	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
173	GAUCHERAND	Alpes-Maritimes	3 mois	300 »
179	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
186	COLLINET	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
192	HOUDART	Finistère	Cure thermale	100 »
236	HERLAND	Côtes-du-Nord	29 jours	290 »
247	DORET	Loiret	60 jours + un mois et 17 jours chr.	789 90
264	LARDEUX	Seine-et-Oise	11 jours	110 »
292	PILLON	Paris	3 mois	300 »
306	VIGNES	Seine-et-Oise	60 jours + un mois chr.	700 »
311	ROUVIER	Isère	26 jours	260 »
341	CHABANON	Lozère	11 jours + un mois	210 »
365	CALIGNON	Rhône	7 jours	70 »
372	HILLCOCK	Gironde	3 mois	300 »
385	MAUSSIRE	Haute-Saône	4 jours + 24 jours chr.	119 90
407	LEJEUNE	Manche	60 jours + 22 jours chr.	673 25
415	LEJEUNE	Côte-d'Or	3 mois	300 »
441	FRENKEL	Haute-Garonne	6 jours	60 »
442	FROMENT	Bouches-du-Rhône	37 jours (demi MA)	185 »
463	FARAGGI	Paris	45 jours	450 »
470	LETAILLEUR	Nord	60 jours + 7 jours chr.	623 30
493	LAURENT	Seine	28 jours	280 »
549	TERRIEN	Loire-Inférieure	6 mois	600 »
574	HIDEUX	Seine-Inférieure	23 jours	230 »
595	JOULLIÉ	Gard	42 jours	420 »
617	DERODE	Nord	19 jours	190 »
676	BRIQUET	Nord	Un mois et 2 jours chr.	106 65
684	LAURENCIN	Saône-et-Loire	11 jours	110 »
749	MOULON	Marne	3 mois	300 »
751	BARDE	Gironde	9 jours	90 »
770	CAUDRON	Paris	3 mois	300 »
787	TORTELLIER	Ille-et-Vilaine	3 mois	300 »
817	TEYSSEYRÉ	Charente-Inférieure	5 jours + 2 mois et 25 jours chr.	333 25
822	BEAUDONNET	Tarn-et-Garonne	27 jours	270 »
869	TOUSSAINT	Somme	22 jours	220 »
888	BORIE	Charente-Inférieure	3 mois	300 »
900	DUCLOS	Vendée	3 mois	300 »
916	DEFOSSEZ	Nord	5 jours	50 »
949	DRESCH	Ariège	10 jours	100 »
			A reporter	14.201.10

		Report............................	14.201.10
954 PAUMÈS	Haute-Garonne	3 mois	300 »
958 SAINT-GERMAN	Haute-Garonne	13 jours	130 »
959 DUPIN	Drôme	37 jours (demi MA)	185 »
977 BORELLO	Pyrénées-Orientales	27 jours	270 »
961 LAFAGE	Haute-Garonne	60 jours (demi MA)	300 »
1060 COUTURIER	Creuse	3 mois	300 »
1108 BARATOU	Aube	3 mois	300 »
1140 CABANÈS	Paris	28 jours	280 »
1150 BORDIER	Creuse	9 jours chr.	29 95
1154 ROUËT	Creuse	3 mois	300 »
1255 LACHÈZE	Dordogne	39 jours	390 »
1298 QUESNEL	Calvados	31 jours	310 »
1304 GUÉNEAU	Cher	Un mois et 22 jours chr.	173 25
1308 LAUNAY	Maine-et-Loire	3 mois	300 »
1338 LABORDE	Gironde	2 mois et 23 jours chr.	276 60
1348 CHAFFAL	Isère	23 jours	230 »
1359 MANESSE	Nord	14 jours	140 »
1360 MAZET	Aude	37 jours	370 »
1408 GRANDOU	Eure	3 mois	300 »
1437 ROGINSKI	Paris	16 jours	160 »
1491 COCHE	Pyrénées Orientales	Un mois	100 »
1492 ARDILLAUX	Paris	12 jours	120 »
1506 CHAZALON	Ardèche	25 jours + 2 mois et 6 jours chr.	466 65
1544 CHAPLAIN	Seine-Inférieure	59 jours	590 »
1553 BERTIN	Alger	26 jours	260 »
1573 LECOUILLARD	Manche	12 jours chr.	39 95
1625 STAÏKOFF	Isère	60 jours + 14 jours chr.	646 60
1661 LUCIANI	Corse	27 jours	270 »
1748 MARÇON	Var	3 mois	300 »
1761 CARCY	Haute-Marne	14 jours	140 »
1821 SUZANNE	Pyrénées-Orientales	42 jours	420 »
1905 CANNAC	Tunisie	5 jours	50 »
1951 LESUR	Seine-et-Oise	9 jours	90 »
1961 DEVILLARS	Gironde	54 jours	540 »
		Total	23.279.10

Pour les Sociétaires qui se trouvent dans la zone des combattants, le Trésorier devra naturellement, pour faire l'envoi, attendre les possibilités.

Une amende de 20 francs, à titre d'avertissement, est infligée au Sociétaire nº 519 pour retard dans l'envoi de ses nouvelles.

Le Conseil alloue à Mme veuve Beauxis-Lagrave (Seine-et-Oise) la somme de 150 francs représentant le trimestre échu de sa pension (combinaison V). Cette somme lui sera adressée au reçu du certificat de vie exigé par les statuts.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Le Secrétaire, DIVERNERESSE. — *Le Président,* A. MAURAT.

LE SOU MÉDICAL

Son fonctionnement pendant la guerre

Le « Sou Médical » a continué à fonctionner depuis le commencement des hostilités.

Il serait cependant inexact de dire que son fonctionnement a été normal, car si, d'une part, un certain nombre des Membres de son Conseil d'administration et de ses collaborateurs à divers titres, ont été mobilisés ou retenus loin de Paris par leurs devoirs militaires ou civiques, ainsi que notre Rédacteur en chef l'expose dans son « Propos du Jour », d'autre part, il est évident que les affaires soumises au « Sou Médical » et à ses conseils ont diminué en nombre dans de très grandes proportions.

Et comment en serait-il autrement, vu les trois facteurs principaux que nous énumérons dans leur ordre d'importance : mobilisation d'une partie, qu'on ne saurait évaluer à moins de cin-

quante pour cent, des membres adhérents, difficultés des communications postales, surtout pendant les premiers mois des hostilités, moratorium judiciaire, portant suspension des délais en matière de procédure et aboutissant actuellement, après les vacances judiciaires dont le début a coïncidé avec celui de la guerre, à une stagnation presque complète des affaires portées devant la justice.

Malgré tout, le « Sou Médical » a fonctionné, fonctionne, et continuera à fonctionner, aussi longtemps que dureront les hostilités, donnant à ses membres, comme par le passé, conseils et appui, assurant enfin leur responsabilité civile dans les mêmes conditions qu'antérieurement.

Son Conseil a continué à se réunir et nous allons sommairement exposer ci-après, comme nous le faisons en temps normal, les affaires dont il a été saisi, dans la limite où elles peuvent être divulguées sans inconvénient.

***

— Le Dr G. a été débouté par le Conseil de Préfecture d'une demande en paiement d'honoraires d'Assistance Médicale gratuite, pour soins donnés à des indigents qui ne figuraient pas sur la liste d'assistance, bien que le maire ait visé les ordonnances du médecin, écrites sur papier libre.

Me Auger étant d'avis que ce visa constitue l'admission d'urgence par le maire, prévue par l'article 19 de la loi, et pour laquelle aucune formalité n'est prescrite, et qu'un recours en Conseil d'Etat contre l'arrêté du Conseil de Préfecture offre des chances de succès, le Conseil, après discussion, accorde l'appui pécuniaire au Dr G. et ordonnance le versement d'une provision de 500 francs en vue de la formation d'un recours.

— Est ordonnancé le paiement de la somme de 75 francs montant des honoraires d'avocat et de celle de 4 fr. 95, frais de copie d'un jugement d'appel rendu au profit du Dr R. et confirmant un jugement de paix qui avait condamné l'auteur d'un accident d'auto à lui payer des honoraires.

— Le Dr L. demande l'avis du « Sou Médical » à propos d'un détournement par faux dont il a été victime. L'employé d'un agent d'assurances a acquitté, en imitant sa signature, une note d'honoraires qui lui était due. L'agent lui fait demander par un confrère une réduction sur le montant de sa note, attendu que c'est lui qui, comme responsable de son employé, doit supporter la perte.

Le Conseil est d'avis que le Dr L. n'est nullement obligé de tenir compte de cette circonstance et peut exiger le paiement intégral de sa note.

— Le Conseil ordonnance le paiement d'une somme de 86 fr. 55 pour complément de frais dans l'affaire Vauriot contre Crouzet et d'une somme de 187 fr. 75 pour frais dans une affaire portée au nom du Dr A., devant la Cour de Cassation.

— L'appui pécuniaire est accordé au Dr M. pour faire appel d'un jugement de paix qui repousse le cumul dans une affaire d'honoraires accidents.

— Le Dr G. a été débouté par le juge de paix d'une demande en paiement d'honoraires parce que les soins n'avaient pas été donnés par lui personnellement, mais par son remplaçant, alors interne des hôpitaux de Paris, régulièrement autorisé.

Le jugement n'étant pas susceptible d'appel, l'appui pécuniaire est accordé au Dr G. pour intenter une nouvelle action contre son client, au nom de son remplaçant.

— Le Dr H. demande si le pharmacien a le droit de garder les ordonnances. La question a été jugée : l'ordonnance appartient à celui qui la paie. Il est des exceptions où, pour se couvrir, le pharmacien peut demander à garder l'ordonnance. Il doit alors en délivrer une copie.

— Quelques médecins mobilisés s'étant plaint de n'avoir pas touché intégralement l'indemnité d'entrée en campagne, une démarche a été faite à la Direction du service de santé, de laquelle il résulte que la seconde moitié de l'indemnité n'est payée que lorsque l'officier s'est trouvé à moins de 100 kil. de l'ennemi.

— Me Mornard, dans une consultation écrite, conclut à la possibilité d'un pourvoi contre un jugement du Tribunal civil de C. rendu entre le Dr G. et le patron de plusieurs ouvriers blessés qu'il a soignés.

Comme il ajoute que les délais de pourvoi sont suspendus pendant les hostilités et comme, d'autre part, le Dr G. habite une région actuellement occupée par l'ennemi, le Conseil est d'avis de remettre à une date ultérieure la décision à prendre dans cette affaire.

— Le Dr J. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre le recouvrement d'une note accidents supérieure à 300 francs pour laquelle la Compagnie conteste le cumul.

Tous renseignements lui seront donnés pour former sa demande en justice de paix, et notamment un projet de conclusions lui sera envoyé. Si le juge de paix repousse le cumul, appui pécuniaire sera accordé au Dr J. pour faire appel.

— Me Mornard annonce que la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation a admis le pourvoi formé au nom du Dr B..... contre un jugement du Tribunal civil de la Seine qui n'avait pas admis l'application de l'article 1166 du Code civil en matière d'honoraires pour soins donnés à un blessé du travail.

Il y a donc lieu de poursuivre cette affaire devant la Chambre civile de la Cour et, à cette fin

le Conseil ordonnance le versement d'une provision de 700 francs.

— Le Conseil ordonnance le paiement à l'avoué du Dr A. d'une somme de 50 francs pour ses frais et de pareille somme pour ses honoraires, dans une affaire d'appel de justice de paix. Le jugement du juge de paix a été confirmé par le Tribunal d'appel sur appel formé par l'adversaire du Dr A.

— Le Dr A. demande s'il doit accepter la réduction à 80 fr. qu'une Cie d'assurances veut faire subir à une note de 94 francs qu'il a adressée au patron pour soins donnés à son ouvrier blessé. La Cie prétend que le nombre des visites est exagéré et conteste le cumul.

Le Conseil estime, après examen de la note, qu'elle est loin d'être exagérée, vu les complications qui se sont produites au cours du traitement et que le Dr A. est fondé à en poursuivre judiciairement, s'il y a lieu, le recouvrement intégral.

— Le Dr X. demande l'appui pécuniaire pour poursuivre en diffamation un journal qui, sans le nommer, mais en le désignant suffisamment, l'a accusé de favoriser ses électeurs devant le Conseil de revision, dont il fait partie en qualité de médecin-major de réserve.

Cet appui lui est accordé pour intenter une action dans les conditions précisées par Me Gatineau dans une consultation.

— Le pourvoi formé au nom du Dr P. contre un jugement rendu par le Tribunal civil de P. dans une affaire d'accidents du travail a été admis par la Chambre des Requêtes de la Cour de Cassation. Le Tribunal avait réformé un jugement de paix portant sur un chiffre d'honoraires inférieur à 300 fr. et qui, en vertu des principes admis par la Cour de Cassation, n'était pas susceptible d'appel.

J. D.

LE LIVRE D'OR
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Toute gloire, auprès d'eux, passe et tombe éphémère
Et, comme ferait une mère,
La voix d'un peuple entier les berce en leur tombeau.
V. Hugo.

Les pages de ce livre d'Or seront nombreuses, si jamais nous pouvons le rédiger au complet, car tous les nôtres ont fait leur devoir.

Nous devons être fiers d'appartenir à un corps qui compte à cette heure autant de héros.

Les uns sont tombés sur le front, accomplissant au milieu des éclats d'obus et des balles, la sainte mission de sauvegarder les vies ou d'atténuer la douleur humaine.

D'autres, lâchement frappés par ceux qui ne connaissent ni foi, ni lois, sont morts dans leurs ambulances au chevet de leurs blessés, massacrés par les Uhlans dans un accès de rage sauvage en dépit de la Croix-Rouge qui devait les protéger.

Il en fut un, dont le nom nous est inconnu, qui, dans les parages d'Ypres, avec une élévation d'âme dont on ne relève pas d'exemple depuis la mort du Christ, s'est laissé tuer en prodiguant ses soins aux ennemis blessés. A ceux qui l'engageaient à fuir et lui montraient l'imminence du danger et le peu de cas que ferait l'ennemi de son dévouement pour les siens, il répondait avec calme : « Mon devoir est ici. Je ne connais ni Français, ni Allemands, mais seulement des blessés. Vous m'objectez, pour me faire fuir, la cruauté des ennemis envers les nôtres. N'est-ce pas notre devoir à nous, médecins français, de leur montrer par des actes, de combien notre morale dépasse leur culture ? ».

Et ce héros tomba, frappé par un obus. Son nom nous est inconnu et sans nos alliés anglais, qui, touchés jusqu'aux larmes d'une si haute grandeur d'âme et d'une pareille abnégation, lui consacrèrent dans leurs gazettes, d'élogieux articles, cet acte sublime fût resté ignoré de nous à jamais.

A côté de ces martyrs, au touchant sacrifice fait de modestie et de renoncement, il en fut d'autres dans le corps médical français qui sentirent bouillonner dans leurs veines le sang ardent de leur race guerrière.

Parmi eux, au premier rang, fut le sénateur Emile Reymond.

Chirurgien de mérite, notre confrère avait été un des premiers adeptes de l'aviation. Son âge, son talent opératoire paraissaient le désigner à d'utiles mais peu périlleuses fonctions dans les formations sanitaires de l'arrière. Mais, Reymond était un brave et un patriote ardent ; il crut pouvoir, comme officier aviateur, rendre plus de services à la France ; il en rendit en effet, et beaucoup, jusqu'au jour où un destin funeste l'abattit au cours d'une dangereuse reconnaissance.

Après l'apothéose dont la mémoire d'Emile Reymond a été l'objet, notre hommage tardif est certes bien humble et de petit effet, mais nous sommes convaincus qu'il ne saurait déplaire à son ombre, car Emile Reymond fut des nôtres.

Il était ami des médecins praticiens, et comme homme politique, avait, en diverses circonstances, pris avec vigueur leur défense, notamment dans la campagne pour la réorganisation de l'enseignement de la médecine.

A côté de Reymond, nombre de nos confrères ont abandonné le brassard de Genève pour entrer dans les rangs des combattants et plus d'un

de nos officiers d'artillerie exercent en temps de paix la profession médicale.

D'autres, médecins militaires, furent pris à un moment critique d'un accès d'énergie qui les conduisit à sortir de leur rôle et à ranimer les courages défaillants. Tel l'aide major de réserve, Lemerle, du 51e d'artillerie, inscrit à l'ordre de l'armée, pour avoir, par son initiative et son sang-froid, sauvé dans une situation des plus critiques, durant la nuit, l'échelon de la 4e batterie de son régiment ; tel encore, le médecin-major de 1re classe de la 34e brigade, Chevassu de Périgny, qui, à lui seul, arrête une panique, et reconduisit au feu, revolver au poing, 250 soldats qui s'enfuyaient.

Et parmi ceux qui bornèrent leur action aux secours portés aux malades et aux blessés, combien de héros modestes qui, bien que grièvement blessés, continuèrent leur service ? Combien qui purent en rampant jusque sur la ligne de feu, arracher des victimes à une mort certaine ? Combien qui, dans des villages incendiés, bombardés, continuèrent sous une pluie d'obus à assurer l'évacuation des blessés, à les panser et eurent même le sang-froid de pratiquer sur eux des opérations urgentes ?

Leur bravoure n'eut d'égale que leur modestie : « Je suis mis à l'ordre de l'armée, écrivait l'un d'entre eux à ses parents (1), j'avoue que je ne sais guère pourquoi. » Parbleu, il ne pouvait le savoir puisque, chaque jour, il avait coutume d'aller régulièrement en rampant panser les blessés sur la ligne de feu, et contait gaiement que, petit à petit, il avait acquis une certaine habileté dans ce genre de sport.

Mais, si, au front, nos confrères ont été admirables, d'autres firent encore preuve d'un merveilleux courage civique dans les départements envahis.

Au premier rang, fut le vénérable Dr Langlet, maire de Reims. Après avoir vu tomber mort, le Dr Jacquin, son adjoint, il sut avec une fermeté et un sang-froid remarquables tenir tête aux exigences allemandes durant l'occupation de Reims, et soutenir le courage des habitants pendant un bombardement de plusieurs mois, dont, hélas ! nous ne voyons pas encore la fin. Un ministre fut en personne porter à Reims, au Dr Langlet, la Croix de la Légion d'honneur ; le geste d'accepter cette distinction de la part de notre confrère fut plus beau que celui du membre du gouvernement qui venait la lui offrir. Car, bien que maire d'une grande ville et directeur de son Ecole de Médecine, malgré un long passé de succès politiques et de services professionnels, M. Langlet n'était pas décoré ; sans doute, avait-il dédaigné d'en faire la demande ?

Nous ne pouvons ici énumérer les hauts faits de tous, et les listes que nous publions sont certainement très incomplètes ; elles comprennent les seuls noms relevés par nous au hasard de la lecture des journaux et ceux que l'on a bien voulu nous signaler ; mais le peu que nous avons appris de ce qu'ont fait nos confrères, suffit pour remplir notre cœur d'une légitime fierté.

Un journal politique se plaignait récemment de voir chaque parti, chaque profession, se complaire à publier le nom de ses victimes et à exalter la bravoure et le dévouement des siens. « Pourquoi ces catégories, disait-il, ne sont-ils pas tous Francais ? »

D'accord, mais cette noble émulation de chaque parti, de chaque région, de chaque profession, qui exaltent ceux des leurs qui se sont sacrifiés à la défense de la France et au sauvetage d'un patrimoine commun de gloire et de civilisation, ne saurait nous déplaire. Nous ne sommes jaloux, ni des instituteurs, ni des prêtres, ni des parlementaires qui ont fait vaillamment leur devoir et plus que leur devoir. Nous leur adressons toute notre admiration et notre gratitude et approuvons les leurs de nous le faire savoir, car nous aussi sommes fiers de citer les actes d'héroïsme des nôtres et de constater que, lorsqu'il s'agit de bravoure, de sang-froid, de dévouement et de grandeur d'âme, le Corps médical français occupe toujours une bonne place et au premier rang.

J. Noir.

Nous ne pouvons sans un serrement de cœur, éviter de constater le nombre proportionnellement très élevé des médecins auxiliaires tombés au champ d'honneur. Les médecins auxiliaires sont des étudiants en médecine ou de très jeunes médecins. N'est-il pas consolant pour ceux qui, comme nous, commencent à descendre le second versant de la montagne de la vie, de voir que les jeunes qui viennent après eux, sont animés de tant de vaillance et d'esprit de dévouement.

Médecins morts au Champ d'honneur

MM.

Bathia (Henri), médecin-major du 28e dragons.

Bauer, médecin principal de 1re classe de la division du Maroc, tué à la bataille de la Marne.

Baux (Victor), médecin principal de 1re classe.

Bonhomme, médecin-major au 45e d'infanterie.

Borel (Paul), médecin auxiliaire au 21e régiment d'infanterie, qui était proposé pour la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur.

Butterlin, médecin du collège de Baume-les-Dames.

Cambon, médecin aide-major du 148e d'Infanterie.

Canel (L.), médecin-major du 86e d'infanterie, mort de ses blessures à l'hôpital de Baccarat.

Charmaison, médecin auxiliaire au 105e d'infanterie, mort à l'hôpital de Stuttgart.

Chauvet (Henri), médecin auxiliaire au 36e d'infanterie.

(1) Le Dr Maurice Pacaut, de Rouen.

CLARET (Alphonse), médecin-major au 30e d'infanterie, tué le 6 septembre.

CYROT (Paul), médecin auxiliaire au 134e d'infanterie, interne à l'hôpital Péan, venait d'être nommé aide-major à Toul au 10e génie, en récompense de ses services.

COLONNA (Louis), de Nantes, médecin en chef de l'ambulance alpine, blessé le 29 septembre auprès de son ambulance, bombardée toute la journée, au moment où il relevait un officier blessé à Maymon-les-Fossés, mort de ses blessures à St-Dié le 16 octobre.

DAVID (Maurice), médecin aide-major du 46e d'infanterie, tué le 2 septembre.

DIDIER, aide-major de 1re classe du 65e d'infanterie, tué en sauvant ses blessés exposés au feu de l'artillerie.

EHRMANN (A), médecin à Nice, tué dans un combat sur la Meuse.

FAHAUNO, médecin-major de 1re classe.

GAROBY (Edouard), médecin auxiliaire de l'école de Lyon, tué à Azerailles (Meurthe-et-Moselle).

GIRAUD (Léon), médecin-major du 1er zouave.

JACQUIN, adjoint au maire de Reims, tué pendant le bombardement de cette ville.

LACOUR (Lucien), médecin auxiliaire au 47e chasseurs, tué le 7 septembre à la bataille de l'Oise.

LAISNÉ, médecin-major, tué à l'ambulance de La Fère.

LEROY (Raymond), médecin-major (18e corps d'armée).

LEONETTE (François), médecin-major du 228e d'infanterie.

LONGE, médecin auxiliaire au 7e génie, tué le 20 août en Lorraine, pendant qu'il pansait un capitaine blessé.

MALÈGUE (Noël), médecin auxiliaire, tué le 8 septembre au Col-du-Bonhomme.

MARCOLLES, médecin auxiliaire au 41e d'infanterie.

MÉCAMPE (Louis), médecin au 106e d'infanterie.

MICHEL (Henri), médecin auxiliaire au 11?e d'infanterie.

MONT-SAINT-MARC (Paul), médecin auxiliaire au 21e d'infanterie coloniale, tué à Neufchâteau, en Belgique.

OBELLIANE, médecin-major de 1re cl. de réserve du 26e chasseurs à pied, tué le 14 septembre, a été mis à l'ordre de l'armée.

OHIER (Louis), étudiant en médecine, soldat au 304e d'infanterie, fils du médecin-major.

PIGNEROL, médecin à Chaumont, tué à Sompuis, dans une maison où il avait recueilli et soignait les blessés.

REYMOND (Emile), médecin-major, officier aviateur, sénateur.

SAZERAT (Aimé), de Limours, médecin-major, tué en Meurthe-et-Moselle.

VAUTIER, de Bourg, médecin aide-major, tué à la bataille de l'Aisne.

Médecins blessés

MM.

ALLÉE, de Bécon, blessé à Valenciennes.

BARBIÈRE, médecin-major de 1re classe au 81e d'infanterie, grièvement blessé, décoré officier de la Légion d'honneur.

BIOT (Emile), médecin auxiliaire du 58e d'infanterie.

BOUFFLANDIS, médecin-major de 1re cl. au 152e d'infanterie, blessé à la tête d'un éclat d'obus, le 17 août, décoré de la Légion d'honneur.

CAPILLERY, médecin-major du 4e zouaves, blessé à la cuisse, mis à l'ordre de l'armée.

DERCLE (Charles), médecin-major de 1re cl., blessé à Siry-les-Mézières (97 blessures).

DUPUY, aide-major de 1re cl. de réserve, blessé, mis à l'ordre de l'armée.

EPAULARD, médecin-major de 2e cl. au 123e d'infanterie, blessé, a continué son service, décoré chevalier de la Légion d'honneur.

FERRATON (Marius), médecin principal de 1re cl.

LAPASSET, médecin principal de 1re cl., décoré officier de la Légion d'honneur.

LONG-PREH, aide-major de 1re cl. au 230e d'infanterie, blessé en soignant son lieutenant-colonel, décoré de la Légion d'honneur.

MAIRE (Georges), médecin aide-major de 1re cl., blessé à la bataille de Guise.

MARIE (Auguste), médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine), frappé d'une balle à la tête pendant qu'il soignait les blessés dans l'ambulance dont il avait la direction.

POIRET, médecin-major de 1re cl. du 52e d'infanterie, a eu la joue et la langue traversées par une balle, a continué de soigner les blessés, décoré Chevalier de la Légion d'honneur.

SCHNEIDER, médecin-major du 23e d'infanterie, grièvement blessé, mis à l'ordre de l'armée.

SPINDLER, médecin-major de 2e classe du 43e d'infanterie, blessé et mis à l'ordre de l'armée.

Médecins signalés pour leurs actes de courage, de sang-froid et de dévouement, décorés ou mis à l'ordre de l'Armée.

MM.

ARMYNOT DU CHATELET, médecin principal de 2e classe, décoré officier de la Légion d'honneur.

ARRIGHI, médecin auxiliaire du 21e d'Infanterie coloniale (ordre de l'armée : bravoure et dévouement).

AZAÏS, médecin-major de 1re cl. du 135e d'infanterie (ordre de l'armée : tient dans un poste de secours, dans un village bombardé durant 15 jours).

BAILBY, médecin-major de 1re cl. du 66e d'infanterie, décoré officier de la Légion d'honneur.

BARBIÈRE, médecin-major de 1re cl. du 81e d'infanterie, blessé grièvement, décoré.

BERTELLE, médecin-major de 1re cl. du 107e d'infanterie, décoré.

BERTHOLLET, aide-major du 30e d'infanterie (ordre de l'armée : courage et dévouement).

BERNARDY, médecin principal de 2e cl., décoré officier de la Légion d'honneur.

BERRIER, médecin auxiliaire du 140e d'infanterie (ordre du jour de l'armée : courage et dévouement).

BONNEAU, médecin principal de 2e cl., décoré officier de la Légion d'honneur.

BOUVILLOIS, médecin-major de 1re cl., chef de l'ambulance no 5 (ordre de l'armée : a, dans un village incendié, assuré l'évacuation des blessés, organisé une salle d'opérations sur les ruines et est intervenu avec succès sauvant la vie de nombreux blessés).

BRESSON, médecin-major du 4e zouaves, décoré.

BRY, médecin-principal des hôpitaux de Nancy, décoré officier de la Légion d'honneur.

CASSAU, médecin-major de 1re cl. du 33e d'infanterie (ordre de l'armée : courage et dévouement).

CAPILLARY, médecin-major de 1re cl. du 4e zouaves (ordre de l'armée : blessé à la cuisse).

CAZENEUVE, médecin-major au 344e d'infanterie, fut fait prisonnier et rapporta, une fois rapatrié, en vertu de la Convention de Genève, des renseignements précis sur l'état de chaque blessé de son ambulance qui permirent de rassurer de nombreuses familles.

CHAISERAY, aide-major au 130e d'infanterie, ordre de l'armée : courage et dévouement).

CHEVASSU DE PÉRIGUY, médecin-major de 1re cl. au service sanitaire de la 34e brigade (ordre du jour de l'armée : arrêta une panique et reconduisit au feu, revolver au poing, 250 soldats qui s'enfuyaient).

CHOPINET, médecin à Crépy-en-Valois, a fait, dit la *Liberté* du 15 sept. 1914, noblement son devoir lors de l'occupation allemande de cette ville.

CLARET, médecin-major de 2e cl. au 30e d'infanterie (mis à l'ordre de l'armée : pour actes de courage et de dévouement le 24 août 1914, fut tué le 6 septembre).

CLERCQ, médecin-major du 17e d'infanterie, décoré de la Légion d'honneur.

CONTAMIN, étudiant en médecine, soldat au 30e d'infanterie (ordre de l'armée : va chercher les blessés sur la ligne de feu).

CAUFFON, aide-major de 1re cl. au 117e d'infanterie (ordre de l'armée : belle conduite le 17 septembre. Zèle inlassable).

CRÉMILLON, médecin-major de 1re cl. de la 31e division (ordre du jour de l'armée : courage et dévouement) a eu son cheval tué pendant qu'il allait relever les blessés.

DASSY, médecin auxiliaire au 7e d'infanterie coloniale (ordre de l'armée : bravoure).

DELATER, médecin-major, proposé pour la Croix de la Légion d'honneur.

DEVUN, médecin auxiliaire au 38e d'infanterie (ordre de l'armée : bravoure).

DUPUY, aide-major de 1re cl. de réserve au 57e d'infanterie (ordre de l'armée : bravoure et dévouement, blessé en soignant les soldats).

EPAULARD, médecin-major de 2e cl. au 123e d'infanterie, décoré Chevalier de la Légion d'honneur, blessé, a néanmoins continué son service.

FIOLLE, médecin auxiliaire au 4e d'infanterie coloniale (ordre de l'armée : bravoure et dévouement).

DE GÉRIN, aide-major de 1re cl. à l'hôpital complémentaire no 30 (ordre de l'armée : s'est blessé en opérant un tétanique, a malgré cela continué son service sans se soucier de sa propre santé).

GIRARDOT, aide-major de réserve, a été proposé pour la Croix de la Légion d'honneur pour actes de courage et de dévouement).

GIROU, médecin-major aux tirailleurs, proposé pour la Croix (courage et dévouement).

GRANJOU-KOZIET, médecin-major de réserve, de St-Etienne (ordre de l'armée : courage et dévouement).

GRISOT, médecin auxiliaire à la 60e division de réserve (ordre de l'armée : courage et dévouement).

GUY, médecin auxiliaire au 52e d'infanterie (ordre de l'armée : courage et dévouement).

JALLOT, médecin-major, chef de l'ambulance no 2, 4e corps, proposé pour la Croix à cause de son dévouement.

JOB, aide-major de réserve du 69e d'infanterie, décoré de la Légion d'honneur.

JULIA, médecin-major de 2e cl. de réserve (ordre de l'armée : courage et dévouement).

LACAPLAIN, aide-major de 2e cl. de réserve du 274e d'infanterie (ordre de l'armée : belle conduite les 17 et 18 septembre, a eu son cheval tué et a continué l'évacuation des blessés).

LANGLET, le vénérable maire de Reims, décoré de la Légion d'honneur, dont la belle et noble conduite durant l'occupation allemande a été l'objet de l'admiration universelle.

LECOTY, médecin auxiliaire au 3e d'artillerie coloniale (ordre de l'armée : courage et dévouement).

LEGRAS, aide-major de 2e cl. de réserve au 155e d'infanterie (ordre de l'armée : pour son zèle inlassable).

LEMERLE, aide-major de réserve du 51e d'artillerie (ordre de l'armée : a sauvé la nuit l'échelon de la 4e batterie de son régiment grâce à son initiative et à son sang-froid).

LENORMAND, médecin-major de 1re classe de réserve au 247e d'infanterie, décoré de la Légion d'honneur, est allé chercher des blessés durant la nuit dans les lignes ennemies et les a ramenés.

LÉVY, médecin-major de 2e classe au 30e d'infanterie (ordre de l'armée : actes de courage et de dévouement).

MARION, médecin auxiliaire à l'hôpital temporaire no 1 (ordre de l'armée : courage et dévouement).

MARTIN, médecin-major du 10e d'infanterie (ordre de l'armée : actes de courage et de dévouement).

MEMBRAY, aide-major de la 71e division (ordre de l'armée : actes de courage et de dévouement).

MERCIER, médecin auxiliaire du 121e d'infanterie (ordre de l'armée : actes de bravoure et de dévouement).

MONOT, médecin auxiliaire du 21e d'infanterie coloniale (ordre de l'armée : actes de bravoure et de dévouement).

MONTUAU, médecin auxiliaire de la 60e division de réserve (ordre de l'armée : actes de bravoure et de dévouement).

MOULONGUET, médecin auxiliaire au 18e bataillon de chasseurs à pied (actes de bravoure et de dévouement).

PACAUT (Maurice), aide-major de 1re classe aux chasseurs à cheval (ordre de l'armée : bravoure et dévouement).

PATRIS DE BROÉ, médecin principal, décoré officier de la Légion d'honneur.

PAUCHET, chirurgien d'Amiens, organisateur du service chirurgical de l'hôpital de Ste-Menehould, décoré de la Légion d'honneur.

PAUTRIER, aide-major au 2e groupe du 1er régiment d'artillerie (ordre de l'armée : le 17 septembre a sauvé un capitaine blessé en le portant sur le dos pendant plus de 2 kilomètres).

PHIPPS, médecin auxiliaire au 21e d'infanterie coloniale (ordre de l'armée pour sa bravoure et son dévouement).

PLISSON, médecin-major de 2e classe du 50e d'infanterie (ordre de l'armée : courage et dévouement).

POIRÉE, médecin-major de 1re cl. du 52e d'infanterie (ordre de l'armée et proposé pour la Croix de la Légion d'honneur, blessé, ayant la joue et la langue traversées par une balle, a continué son service).

POURCINE, médecin-major de 2e cl. de la 5e division de cavalerie (ordre de l'armée : bravoure et dévouement).

PROUST, médecin-major de 2e cl. territorial hôpital temporaire no 1 (ordre de l'armée : a du 22 au 26 août fait preuve d'un sang-froid et d'un dévouement sans exemple, pansant et opérant les blessés sous le feu de l'ennemi).

QUIRRIEC, médecin auxiliaire au 3e d'artillerie coloniale (ordre de l'armée : courage et dévouement).

RAIS, aide-major au 52e d'infanterie (ordre de l'armée : bravoure et dévouement).

REYMOND (Emile), médecin-major de 1re cl. de territorial, officier-aviateur, sénateur, chirurgien de Nanterre, tué à l'ennemi en faisant une reconnaissance aérienne.

RETOURNARD, aide-major de 1re classe de territorial (ordre de l'armée : belle conduite comme médecin en chef de l'hôpital de Baccarat).

ROUFFLANDIS, médecin-major de 1re cl., proposé à la Croix de Chevalier de la Légion d'honneur pour avoir été blessé en donnant ses soins sur la ligne de feu.

SANGLÉ-FERRIÈRE, médecin-principal, proposé à la rosette d'Officier de la Légion d'honneur.

SAULAY, médecin-major de 1re classe au 126e d'infanterie (ordre de l'armée : belle conduite les 8 et 11 septembre sous le feu de l'ennemi, deux de ses médecins ayant été blessés).

SCHNEIDER, médecin-major du 28e d'infanterie, décoré pour avoir été blessé en pansant les soldats sur la ligne de feu.

SOREL, médecin-major de 1re classe au 126e d'infanterie